# Ghid de practică clinică privind tulburările de somn la copii și adolescenți în medicina de familie

booksmedicos.org

GHIDURI DE PRACTICA CLINICĂ ÎN EL NHS
MINISTER DE SĂNĂTATE, POLITICĂ SOCIAL ŞI EGALITATE

MINISTER DE ŞTIINŢĂ

Acest GPC Ha fost finanțat prin el acord semnat de el Institut de Institutul de Sănătate Carlos III, organism autonom al Ministerului Științei și Inovării, și Unitatea de Evaluare a Tehnologiilor Medicale din cadrul Agenției Laín Entralgo (Comunitatea Madrid), în el cadru de colaborare furnizat în el Plan de Calitate pentru el Sistemul Național de Sănătate al/a/ale Ministerul de Sănătate, Politică Social şi Egalitate.

Acest ghid trebuie să a fi citat:

Cluster de post de cel/cea/cei/cele Ghid de Practica Clinică despre Tulburări al/a/ale Vis în cel/cea/cei/cele Copilărie şi Adolescenţă în Asistență medicală primară . Ghid de practică clinică privind tulburările de somn la copilărie și adolescență în asistența medicală primară. Planul de calitate pentru Sistemul Național de Sănătate al Ministerului Sănătății, Politicilor Sociale și Egalității. Unitatea de Evaluare Tehnologică Sanitar de cel/cea/cei/cele Agenţie Lain Entralgo; 2011. Ghizi de Practica Clinică în el SNS: UETS Nu. 2009/8

# Index


Prezentarea 6

Autorat şi colaborări 7

Întrebări pentru răspunsul 10

Niveluri de dovezi şi grade de recomandări 12

Recomandări de cel/cea/cei/cele GPC 14

1. Introducere 22
2. Domeniu de aplicare şi Obiective 24
3. Metodologie 25
4. Epidemiologie de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis 27
   - 4.1. Prevalența 27
   - 4.2. Impact de cel/cea/cei/cele tulburări 36
5. Concepte și clasificări 39
   - 5.1. Concepte General: arhitectură al/a/ale vis 39
   - 5.2. Clasificări 43
6. Evaluare general şi măsuri preventiv 49
   - 6.1. Istorie clinică complet 49
   - 6.2. Instrumente de ajutor 52
   - 6.3. Diagnostic diferențial 56
   - 6.4. Măsuri preventiv 57
7. Definiţie, diagnostic şi tratament de cel/cea/cei/cele tulburări 60
   - 7.1. El copil către că tu costuri adormi 60
     - 7.1.1 Insomnie de igienă al/a/ale vis inadecvat şi insomnie comportamental 61
     - 7.1.2. Sindromul de picioare neliniştit (SPI) 88
     - 7.1.3. Sindromul de întârziere de fază (SRF) 97
   - 7.2. El copil că cadouri evenimente anormal în timpul cel/cea/cei/cele noaptea 103
     - 7.2.1. Sindromul de Apnee-hipopnee în timpul el vis (SAHS) 104
     - 7.2.2. Parasomnii: somnambulism, terori ture de noapte fie al/a/ale vis, trezeşte-te confuzional şi coşmaruri 115
     - 7.2.3. Mișcări ritmic înrudit cu el vis 134
   - 7.3. El copil că EL dormi în timpul el ziua 140
     - 7.3.1. Privare cronică al/a/ale vis 143
     - 7.3.2. Narcolepsie 143
8. Informaţii către pacient/familie al/a/ale pacientul 149
9. Strategii de diagnostic și terapeutic 152
10. Difuzie şi Implementare 161
    - 10.1. Strategie de difuzie şi Implementare 161

10.2. Propunere de indicatori 162

11. Linii de anchetă viitor 164

12. Anexele 166

Expoziţie 1. Fiziologie al/a/ale vis 166

Expoziţie 2. Întrebări Cheia 170

Expoziţie 2.1. Întrebări cheie că S.U.A ei pot do suspect tulburări al/a/ale vis 170

Expoziţie 2.2. Întrebări că ei pot fi de utilitate pentru o evaluare detaliat în vederea suspiciune de o tulburare al/a/ale excitare 171

Expoziţie 3. Nomenclatură folosit de asistență medicală, în AP, pentru cel/cea/cei/cele evaluare al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele 173 de copii

Expoziţie 4. Percentile de durată al/a/ale vis 176

Expoziţie 5. Agendă/jurnal de somn- veghe 177

Expoziţie 6. Instrumente de măsură de cel/cea/cei/cele probleme de vis pediatric (cântare) 178

Expoziţie 7. Sistem de utilizare de chestionare pentru cel/cea/cei/cele evaluare al/a/ale vis în AP 185

Expoziţie 8. Măsuri preventiv şi de igienă al/a/ale vis 186

Expoziţie 9. Educaţie pentru părinţi despre el vis al/a/ale copil 194

Expoziţie 10. Măsuri de rezultat folosit pentru evalua cel/cea/cei/cele eficacitate/eficacitate de cel/cea/cei/cele intervenții terapeutic 195

Expoziţie 11. Intervenții psihologic pentru cel/cea/cei/cele probleme de insomnie 196

Expoziţie 11.1. Extincţie treptat 196

Expoziţie 11.2. Întârziere de cel/cea/cei/cele oră de du-te la culcare 197

Expoziţie 11.3. Treziri 197 programate

Expoziţie 11.4. Controla de stimuli pentru cel/cea/cei/cele adolescenți 197

Expoziţie 12. Evaluare de cel/cea/cei/cele toleranţă de cel/cea/cei/cele părinţi la cel/cea/cei/cele extincţie treptat 198

Expoziţie 13. Ritmuri circadian 199

Expoziţie 14. *Facies cataplegic.* Formă de stare cataplectic situat în mușchi tratamente faciale 201

Expoziţie 15. Informaţii pentru el pacientul 201

Expoziţie 16. Glosar şi abrevieri 243

Expoziţie 17. Listă de mese, figuri, grafică şi algoritmi 251

Expoziţie 18. Declaraţie de dobândă 254

13. Bibliografie 255

# Prezentare

Documentarea variabilității practicii clinice, Analizarea cauzelor evenimentelor adverse și adoptarea unor strategii care vizează eliminarea acestora s-au dovedit a fi inițiative care promovează luarea deciziilor eficiente și sigure, centrate pe pacient, de către profesioniștii din domeniul sănătății. Printre aceste strategii, se remarcă dezvoltarea ghidurilor de practică clinică (PGC). conjuncție „ *recomandări elaborate sistematic pentru a ajuta profesioniștii și pacienții" la ia decizii despre cel/cea/cei/cele Atenţie sănătate mai departe adecvat, şi la selecta cele mai potrivite opțiuni diagnostice sau terapeutice atunci când se abordează o problemă de sănătate sau o afecțiune clinică specifică."*

Planul de calitate pentru Sistemul Național de Sănătate (SNS) din 2010 își propune să răspundă la provocările cu care se confruntă NHS, creșterea coeziunii sistemului, garantând cel/cea/cei/cele echitate în cel/cea/cei/cele Atenţie sănătate la cel/cea/cei/cele cetățeni, cu independenţă al/a/ale loc în faptul că locui şi asigurându-mă că acest Atenţie fi de cel/cea/cei/cele maxim calitate. Între lor Obiectivele includ promovarea dezvoltării și utilizării ghidurilor de practică clinică legate de strategiile de sănătate, consolidare şi extindere el Proiect Ghid de sănătate. În acest context EL rame cel/cea/cei/cele prezent **GPC despre Tulburări al/a/ale Vis în cel/cea/cei/cele Copilărie şi Adolescenţă în Atenţie Primar.**

El vis juca o hârtie fundamental în multe sfere al/a/ale dezvoltare copii ca cel/cea/cei/cele conduită, el performanţă şcoală şi el creştere. Cel/Cea/Cei/Cele modificări al/a/ale vis în vârstă pediatric sunt frecvent şi, la diferenţă de acesta că apare în general în cel/cea/cei/cele vârsta adultă, afecta asemenea şi de mod intens la cel/cea/cei/cele calitate de viaţă al/a/ale în jurul familiar al copilului și nu numai propriei sale dezvoltări.

Tulburări de somn în copilărie și adolescență, de etiologie multifactorială, ei pot introduce ca dificultăți pentru început fie păstra el vis, comportamente anormal în timpul el vis fie o somnolenţă ziua excesiv. Cel/Cea/Cei/Cele prezent Ghid de Practica Clinica răspunde la întrebări clinice referitoare la aceste trei aspecte și este îndrumată, în mare parte , la cel/cea/cei/cele Pediatri de Atenţie Primar şi Medici de Familial cu el scop de să le oferim cel/cea/cei/cele unelte potrivit de abordare şi tratament de sunt situații Aşa ca să le ofere îndrumări de coordonare în domeniul Îngrijire specializată.

Acest ghid este rezultatul unui efort considerabil depus de un grup de profesioniști din domeniul sănătății. originar de diferit Comunități Autonom, profesioniști de cel/cea/cei/cele Unitatea de Evaluare Tehnologii medicale și alte departamente ale Departamentului de Sănătate din Madrid, precum și reprezentanți ai familiilor pacienților afectați de acest tip de afecțiune.

Din partea Agenției de Calitate, le mulțumim tuturor pentru munca depusă și îi felicităm. de acest GPC că sperăm permite la cel/cea/cei/cele profesioniști sanitar îmbunătăți îngrijirea fetelor, copii și adolescenți care prezintă tulburări de somn, favorizând astfel cel/cea/cei/cele îmbunătăţire în lui calitate de viaţă şi în cel/cea/cei/cele de lor familial şi îngrijitori.

CARMEN MOYA GARCÍA
Director General de cel/cea/cei/cele Agenţie de Calitate al/a/ale NHS

# Autorat şi colaborări

## Cluster de post de cel/cea/cei/cele GPC despre tulburări al/a/ale Vis în cel/cea/cei/cele Copilărie şi Adolescenţă în Atenţie Primar


**Mª Îngeri Stareţ Blasco** , familiar de pacient, Saragossa

**Cristina Abad Sanz** , asistent medical. Centrul de sănătate José Mª Llanos, Madrid

**Petra Diaz al/a/ale Domeniu Fontecha** , sociolog. Unitate de Evaluare de Tehnologii medicale (UETS). Agenţie Lain Entralgo. Consiliu de Sănătate, Madrid

**Elena Diaz Gallego** , psiholog. Unitate al/a/ale Vis. Clinică Ruber, Madrid

**Xavier Amuzant Sfânt Roman** , doctor medicament preventiv şi sănătate Unitate publică de Evaluare de Tehnologii Sanitar (UETS). Agenţie Lain Entralgo.
Consiliu de Sănătate, Madrid

**Maria Agnes Domn Vicar** , pediatru. Centru de Sănătate Cartier al/a/ale Pilon, Madrid

**Margareta Maşină Peñate** , psiholog/consilier de orientare. Echipă de Atenţie Devreme de Hortaleza. Ministerul Educației, Madrid **Pilar**

**Marin Orzanco** , asistentă medicală pediatrică. Centru de Sănătate Cartier al/a/ale

Pilon, Madrid **Francisca Menchero Pinos** , medic pediatru. Centrul de sănătate Jose

Mª Llanos, Madrid **Milagros Merino Andreu** , neurofiziolog. Spitalul Universitar

La Paz, Madrid

**Marta Nieto Alonso** , psiholog, Reprezentantul pacienților.
Asociația Spaniolă al/a/ale Vis, Saragossa

**Beatriz Nieto Pereda** , Unitate medicală specializată în medicină preventivă și sănătate publică. de Evaluare de Tehnologii Sanitar (UETS). Agenţie Lain Entralgo.
Consiliu de Sănătate, Madrid

**Gonzalo Fixează Groves** , pediatru. Unitate de Vis Spital Chiron, Valencia

**Francisca Rozmarin Andújar** , pneumolog Spitalul de Pediatrie Universitate Copil Isus,
Madrid

**Ramón Ugarte Liban** , pediatru. Centru de Sănătate Olaguibel, Vitoria-Gazteiz, Alava

# Coordonare

**Francisco Javier Gracia San Román și Petra Díaz del Campo Fontecha**
, tehnicieni de cel/cea/cei/cele Unitate de Evaluare de Tehnologii Sanitar (UETS), Madrid

***Contribuitori experți***

**Maria Aprinde Alonso Álvarez** ,
Unitatea de pneumologie de Vis al/a/ale Complex Sănătate de Burgos, Burgos

**Ricard Genova Maleras** , demograf. Serviciu de Informaţii de Sănătate şi Studii. SG de Promovare de cel/cea/cei/cele Sănătate şi Prevenirea. Director general de Atenţie Primar. Consiliu de Sănătate, Madrid

**Mercedes Guerra Rodríguez** , regizor de documentare. Unitatea de Evaluare Tehnologii medicale (UETS). Agenţie Lain Entralgo. Consiliu de Sănătate, Madrid

**Amalia Lluch Roselló** , pediatru. Centru de Sănătate Inginer Joaquín Benlloch, Valencia

**Oscar Sănătos Capdevila** , neurofiziolog. Spital Sfânt Ioan din Dumnezeu, Dopuri, Barcelona

***Revizuire*** **Isus**

***exterior*** **Alonso Fernández** , medic de familie. Centru de sănătate Valdebernardo, Madrid **Isabel Aranda și Domingo Estevez** , rudele pacientului, Madrid

**Jose Case Rivero** , pediatru. Spital Universitate Cel/Cea/Cei/Cele Pace, Madrid

**Luis Dominguez Ortega** , doctor de familial. Clinică Ruber, Madrid

**Roz Hernandez López** , doctor de Familial. Centru de Sănătate Sector al III-lea (Getafe), Madrid

**Jose Antonio Municipalitate** ,
Medic specialist ORL (urechi, nas și gât). Spital . Clinic Student universitar de Cruci (Barakaldo) Bizkaia

**Mª Tereza Muñoz de cel/cea/cei/cele Munte** ,
Centru de asistență medicală de Sănătate Badajoz Centru, Badajoz

**Narcisa Palomino Urda** , pediatru. Centru de Sănătatea Flori, Grenadă

**Montserrat Pamias Massana** , psihiatru Spitalul de Copii Universitate Consorţiu Parc Tauli (Sabadell) Barcelona

**Pablo Pascual Pascual** , medic de familie. Centru de sănătate Azpilagaña, Pamplona

**Mª Isus Pod Barral** , doctor de Familial. Centru de Sănătate Sfânt Monica, Rivas-Vaciamadrid, Madrid

**Petru Xavier Rodriguez** , Pediatru-psihiatru. Spital de Zi Pentru copii şi Tineret Diego Matías Guigou şi Coastă. Spital Universitate Noastre. D-na. de Candelaria, Tenerife

**Pilon Vich Pérez** , doctor de familial. Centru Sănătate Cel/Cea/Cei/Cele Alpi, Madrid

**Miguel Toma Vila** , neuropediatru, Spital Universitate Yo Politehnic Cel/Cea/Cei/Cele Credinţă, Valencia

# Mulțumiri

**Mª Dolores Gomez Fernández** , Unitate de Evaluare de Tehnologii Sanitar (UETS), sprijin administrativ şi lucru editorial

# Societăți colaboratori

Acest GPC cont cu el spate de cel/cea/cei/cele următorul Societăți:

Asociere Spaniolă de Pediatrie,

Asociația **AEP** Spaniolă de Pediatrie de Atenţie Primar,

Asociația Spaniolă de Psihologie Comportamentală **(AEPap) ,**

Asociația Spaniolă a Somnului **AEPC ASENARCO**

Societatea Spaniolă de Medicină Adolescenţă, **SEMA**

Societatea Spaniolă a Medicilor de Asistență Primară, **SEMERGEN**

Societatea Spaniolă de Medicină de Familie și Comunitară **SEMFYC**

Societatea Spaniolă a Medicilor Generaliști și de Familie, **SEMG**

Societatea Spaniolă de Neurologie Pediatrică, **SENEP**

Societatea Spaniolă de Neurofiziologie Clinică, Societatea **SENFC** Spaniolă de Pneumologie pediatric, Societatea **SENP** Spaniolă de Otorinolaringologie, **SEORL**

Societate Spaniolă de Pneumologie şi Chirurgie Toracic, **SEPAR**

Societate Spaniolă de Pediatrie Ambulatoriu şi Atenţie Primar, **SEPEAP**

Societate Spaniolă al/a/ale Vis, **SES**

**Declaraţie de interese:** Toate cel/cea/cei/cele membri al/a/ale Cluster de Post, Aşa ca cel/cea/cei/cele oameni care ei au a participat în cel/cea/cei/cele colaborare expert şi în cel/cea/cei/cele revizuire extern, ei au făcut declarația de interese depusă în Anexa 18.

# Întrebări pentru răspuns

## CONCEPTE ŞI CLASIFICĂRI

1. Care sunt cel/cea/cei/cele concepte general despre el vis?
2. Care sunt cel/cea/cei/cele caracteristici clinici general al/a/ale vis?
3. Care este cel/cea/cei/cele clasificare de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis?

## EVALUARE GENERAL ŞI MĂSURI PREVENTIV

4. Ca trebuie să evalua el vis în cel/cea/cei/cele consultare de AP?
5. Există întrebări cheie că mai Ajutor la cel/cea/cei/cele profesioniști de Atenţie Primar la detecta cel/cea/cei/cele tulburări de vis în cel/cea/cei/cele interviu cu cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori/copii/adolescenți?
6. Ce teste sau instrumente putem folosi pentru evaluarea generală a somnului la copii și adolescenți? AP?
7. Care sunt cel/cea/cei/cele dovezi complementar că a avea în cont?
8. Care sunt cel/cea/cei/cele diagnostice diferențiale că a avea în cont?
9. Există măsuri preventiv pentru cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis?

## DEFINIŢIE, DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT DE THE TULBURĂRI DE SOMN

10. Că este el insomnie de igienă al/a/ale vis inadecvat?
11. Că este el insomnie comportamentale?
12. Că este el sindrom de picioare neliniştit?
13. Că este el sindrom de întârziere de fază al/a/ale vis?
14. Că este el sindrom de apnee/hipopnee al/a/ale vis?
15. Că este el somnambulism?
16. Că sunt cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis fie terori bufnițe de noapte?
17. Că sunt cel/cea/cei/cele treziri confuzional?
18. Că sunt cel/cea/cei/cele Coşmaruri?
19. Că sunt cel/cea/cei/cele mișcări ritmic?
20. Că este cel/cea/cei/cele somnolenţă ziua excesiv fie Hipersomnie?
21. Ca EL clasifica cel/cea/cei/cele hipersomnii?
22. Care este cel/cea/cei/cele cauza mai departe frecvent de cel/cea/cei/cele somnolenţă ziua Excesiv?
23. Că este cel/cea/cei/cele Narcolepsie?

24. Care este cel/cea/cei/cele definiţie mai departe potrivit pentru aceste tulburări specifice?
25. Care este cel/cea/cei/cele etiologie de aceste tulburări?
26. Există factori care contribuie la aceste tulburări: fiziologici, psihofiziologici, psihologici, de mediu (context familial)?
27. Care sunt cel/cea/cei/cele criterii clinic de suspiciune pentru aceste tulburări?
28. Care sunt cel/cea/cei/cele criterii diagnostice pentru aceste tulburări?
29. Ca EL Se califică?
30. Care sunt cel/cea/cei/cele diagnostice diferențiale că a avea în cont?
31. Există întrebări cheie că mai Ajutor la cel/cea/cei/cele profesioniști de Atenţie Primar la detecta aceste tulburări în cel/cea/cei/cele interviu cu el pacient/părinți/îngrijitori?
32. Ce teste sau instrumente putem folosi pentru a diagnostica aceste tulburări în asistența medicală primară?
33. Care sunt cel/cea/cei/cele criterii pentru deriva la Atenţie Specializat?
34. Care sunt cel/cea/cei/cele tratamente eficient pentru aceste tulburări în Atenţie Școală primară?
35. Care sunt cel/cea/cei/cele tratamente autorizat în cel/cea/cei/cele populație pediatrică?
36. Care sunt cel/cea/cei/cele intervenții psihologic mai departe eficient pentru aceste tulburări?
37. Când sunt indicat cel/cea/cei/cele droguri pentru aceste tulburări?
38. Există măsuri preventiv de aceste tulburări?

## INFORMAŢII ŞI COMUNICARE CĂTRE PACIENT

39. Care este cel/cea/cei/cele informaţii de bază că EL trebuie să furniza la cel/cea/cei/cele familial şi pacienți cu tulburări de somn?
40. Cum se poate obține o mai bună complianță/aderență în tratamentul tulburărilor de somn în copilărie și adolescență?

## STRATEGII DIAGNOSTIC ŞI TERAPEUTIC

41. Care sunt pașii de urmat atunci când interacționăm cu un copil sau adolescent cu tulburări? vis?

# Niveluri de dovezi şi niveluri de recomandări

**Bord 1. Niveluri de dovezi ştiinţific şi grade de recomandare de SEMN**

| Niveluri de dovezi ştiinţific | |
|---|---|
| 1++ | Meta-analiză de înaltă calitate, revizuiri sistematice ale studiilor clinice sau studii clinice de înaltă calitate cu un risc foarte mic de bias. |
| 1+ | Meta-analiză bun finalizat, recenzii sistematic de eseuri clinic fie eseuri clinic bun făcut cu pic risc de prejudecăți. |
| 1– | Meta-analiză, recenzii sistematic de eseuri clinic fie eseuri clinic cu ridicat risc de prejudecăți. |
| 2++ | Recenzii sistematic de ridicat calitate de studii de cohorte fie de cazuri şi controale. Studii de cohorte fie de cazuri şi controale cu risc foarte scăzut de bias și cu o probabilitate mare de a stabili o relație cauzală. |
| 2+ | Studii de cohorte fie de cazuri şi controale bun făcut cu scăzut risc de părtinire şi cu o moderat probabilitate să stabilească o relație cauzală. |
| 2– | Studii de cohorte fie de cazuri și controale cu ridicat risc de părtinire și risc semnificativ de că cel/cea/cei/cele relaţie Nu fi cauzal. |
| 3 | Studii Nu analitic, ca informaţii de cazuri şi serie de cazuri. |
| 4 | Opinie de experți. |

| |
|---|
| Investigație calitativ [1] |

1. Acest categorie include cel/cea/cei/cele studii de metodologie calitativ şi Nu acest contemplat de SEMN. Cel/Cea/Cei/Cele studii încorporat ei au fost evaluate la nivel metodologic, incluzând în această categorie acele studii mai riguroase.

| Grade recomandare | |
|---|---|
| LA | Cel puțin o meta-analiză, o revizuire sistematică sau un studiu clinic clasificat ca 1++ și direct aplicabil post- populația țintă a ghidului; sau un volum de dovezi științifice compus din studii clasificate ca 1+ și cu o consistență ridicată între ei. |
| B. | Un volum de dovezi științifice alcătuit din studii clasificate ca 2++, direct aplicabil populației ținta ghidului și care demonstrează o mare consecvență între ele; sau dovezi științifice extrapolate din studii clasificate ca 1++ sau 1+. |
| C. | Un volum de dovezi științifice alcătuit din studii clasificate ca 2+ direct aplicabile populației ținta ghidului și care demonstrează o mare consecvență între ele; sau dovezi științifice extrapolate din studii clasificate ca 2++. |
| D. | Dovezi ştiinţific de nivel 3 fie 4; fie dovezi ştiinţific extrapolat din studii anunțuri clasificate ca 2+. |

Cel/Cea/Cei/Cele studii anunțuri clasificate ca 1– şi 2– Nu necesitate a fi folosit în el proces de elaborare de recomandări de lui ridicat posibilitate de părtinire.

| | |
|---|---|
| √ [2] | Practica recomandat, bazat în cel/cea/cei/cele experienţă clinică şi el consens al/a/ale echipament editor. |

2. În ocazii el grupul în curs de dezvoltare notificări de că există unele aspect practic important despre el că EL vrea de subliniat și pentru care nu există, Probabil că nu există dovezi științifice că acesta sprijin. În În general, acestea cazuri sunt înrudit cu unele aspect al/a/ale tratament considerat bun practica clinică şi că nimeni ar pune la îndoială de obicei. Aceste aspecte sunt apreciat ca puncte de bun practica clinică. Aceste mesaje Nu sunt o alterna- tivă la cel/cea/cei/cele recomandări bazat în cel/cea/cei/cele dovezi ştiinţific dar că necesitate a fi luat în considerare numai când Nu există alte mod de iasă în evidență zicală aspect.

| | |
|---|---|
| Î | Dovezi extras de studii calitativ relevant şi de calitate. Acest categorie Nu acest contemplat de SEMN. |

**întrebările de diagnostic** (adaptare de către NICE a nivelurilor de dovezi ale Centrului Oxford pentru Medicină Bazată pe Evidențe) și Centrul pentru Recenzii și Diseminare)

| **Niveluri de dovezi științifice** | **Tip de dovezi ştiinţific** |
|---|---|
| Ia | Revizuire sistematic cu omogenitate de studii de nivel 1. |
| Ib | Studii de nivel 1. |
| II. | Studii de nivel 2.<br>Revizuire sistematic de studii de nivel 2. |
| al III-lea | Studii de nivel 3.<br>Revizuire sistematic de studii de nivel 3. |
| IV. | Consens, opinii de experți fără evaluare critică explicit. |
| Studii de nivel 1 | Acestea respectă:<br>• Comparaţie mascat cu o dovadă de referinţă ("model aur") valabil.<br>• Spectru potrivit de pacienți. |
| Studii de nivel 2 | Ei prezintă numai unul de aceste prejudecăți:<br>• Populație Nu reprezentant (cel/cea/cei/cele eşantion Nu reflectă cel/cea/cei/cele populație unde EL se va aplica cel/cea/cei/cele dovadă).<br>• Comparaţie cu modelul de referinţă ("model aur») inadecvat (testul care va fi evaluat face parte din standardul de aur sau rezultatul testului influențează realizarea standardului de aur).<br>• Comparaţie Nu mascat.<br>• Studii caz -control. |
| Studii de nivel 3 | Ei prezintă două fie mai departe de cel/cea/cei/cele criterii descris în cel/cea/cei/cele studii de nivel 2. |

| Recomandare | **Dovezi** |
|---|---|
| LA | Ia fie Ib |
| B. | II. |
| C. | al III-lea |
| D. | IV. |

# Recomandări de cel/cea/cei/cele GPC

## Evaluare de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis

| | |
|---|---|
| √ | În evaluarea generală a copiilor din Asistența medicală primară (AP) recomandă o ***anamneză*** care să includă descrierea al/a/ale vis în timpul cel/cea/cei/cele 24 ore, vârstă de început al/a/ale problemă, obiceiuri de vis (programe) conduită incorectă, performanță școală, evaluare al/a/ale zi (Nu numai de cel/cea/cei/cele noapte), poveste familiar de tulburări al/a/ale vis, dacă suntem în vederea o tulburare tran- site ascuțit fie cronic, afectare a altor funcții biologice, utilizarea medicamentelor și drogurilor, prezența altor patologii și/sau sindroame. |
| √ | Se recomandă utilizarea *întrebărilor cheie* pentru a ajuta la detectarea tulburărilor de somn și la excluderea altor tulburări (Anexa 2). |
| √ | EL ei pot utilizare cel/cea/cei/cele percentile de durată al/a/ale vis pentru Ajutor la vedea cel/cea/cei/cele evoluţie al/a/ale vis al/a/ale copil şi pentru cel/cea/cei/cele comparație al/a/ale aceleaşi cu alţii copii (Expoziţie 4). |
| D. | EL recomandă cel/cea/cei/cele utilizare de cel/cea/cei/cele *ordinea de zi de vis* în timpul, către Mai puțin, 15 zile pentru știu cel/cea/cei/cele orare de vis şi veghe a pacientului și pentru a monitoriza progresul acestuia (Anexa 5). |
| √ | În vederea cel/cea/cei/cele suspiciune de tulburări respirator în timpul el vis, parasomnii, mișcări ritmic Eu mișcări perioadă- Pentru evaluarea membrelor, se recomandă înregistrarea video la domiciliu. |
| D. | Ca instrument de screening de probleme al/a/ale vis EL recomandă el chestionar BISQ *(Scurt Sugar Dormi Chestionar)* în sugari minori de 2 ani şi jumătate (Expoziţie 6). |
| D. | Chestionarul este recomandat ca instrument de screening pentru problemele de somn la copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani. *URȘI (B = Probleme de culcare, E = Somnolență excesivă în timpul zilei, A=Noapte Treziri, R = Regularitate și Durată a Somnului, S = Sforăit* (Expoziţie 6). |
| D. | Pentru aprecia cel/cea/cei/cele prezenţă de tulburări al/a/ale vis în vârstă şcoală EL recomandă el chestionar SDSC *(Dormi scară de perturbare pentru Copii),* de Bruni (Expoziţie 6). |
| √ | Pentru abordarea problemelor/tulburărilor de somn în consultațiile pediatrice AP prin chestionare Pentru schemele menționate anterior, se recomandă schema prezentată în Anexa 7. |

## Măsuri preventiv pentru cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis

| | |
|---|---|
| D. | EL necesitate a avea în cont cel/cea/cei/cele aspecte caracteristică al/a/ale vis conform cel/cea/cei/cele intervale de vârstă pentru poate stabili cel/cea/cei/cele reco- recomandări preventiv (vedea bord 11). |
| √ | EL trebuie să informa la cel/cea/cei/cele părinţi, îngrijitori și/sau adolescenți despre cel/cea/cei/cele măsuri preventiv de probleme de vis în cel/cea/cei/cele vizite la centrele de sănătate în funcție de vârsta corespunzătoare (Anexa 8.1). |
| √ | Se recomandă să se ia în considerare, din partea educatorilor, o serie de măsuri preventive pentru problemele de somn, pentru poate participa şi informa de o mod potrivit la cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori Eu adolescenți, conform el ciclu formativ de predare și învățare corespunzătoare (anexa 8.2). |

## El copil către că tu costuri adormi

### Insomnie

#### Diagnostic

| | |
|---|---|
| D. | El diagnostic trebuie să să fie efectuat fundamental la prin de cel/cea/cei/cele istorie clinic și la ori cu ajuta de cel/cea/cei/cele informaţii colecție de cel/cea/cei/cele familial în cel/cea/cei/cele agende/jurnale de vis. |

## Tratament

### Măsuri de igienă al/a/ale vis

| | |
|---|---|
| C. | Se recomandă intervenții educaționale care includ măsuri de igienă a somnului, pe lângă informații despre importanța și necesitatea somnului (vezi anexele 8 și 9). |

### Intervenții psihologic*

| | |
|---|---|
| B. | Tehnicile bazate pe terapia comportamentală (BT) pentru insomnie ar trebui să includă, cel puțin, extincția treptat, urmat de cel/cea/cei/cele educaţie de cel/cea/cei/cele părinți. Alte TC că ei pot recomanda sunt extincţie standardul, întârziere de cel/cea/cei/cele ora de culcare împreună cu ritualul de dinainte de somn și trezirile programate. |
| √ | Înainte de a recomanda tehnica extincției treptate, se recomandă evaluarea toleranței părinților față de această tehnică. Puteți folosi o serie de întrebări (Anexa 12). |
| B. | La adolescenți, se recomandă intervenții privind igiena somnului și comportamentul, inclusiv cel puțin monitorizarea Stimuli pentru tratamentul insomniei. O altă intervenție care poate fi recomandată este restructurarea cognitivă. |
| B. | Adolescenților li se recomandă programe de educație și gestionare a somnului, cu îndrumări privind igiena somnului. vis, instrucţiuni de controla de stimuli şi informaţii despre el consum de substanțe şi el impact că cel/cea/cei/cele probleme Problemele de somn pot avea un impact asupra stării de spirit și a performanței academice. |
| B. | Pentru reduce cel/cea/cei/cele activare cognitiv fost către vis în adolescenți cu insomnie şi tendinţă la rumega lor probleme la cel/cea/cei/cele La culcare, se recomandă o procedură structurată de rezolvare a problemelor. |

*În Anexa *11* include informații pentru profesioniștii din domeniul AP și pentru părinți, îngrijitori și adolescenți pe plan principal intervenții.

### Intervenții farmacologic

| | |
|---|---|
| D. | El tratament farmacologic al/a/ale insomnie pediatric necesită o selecţie atent de cel/cea/cei/cele pacienți, având făcut o corecta diagnostic şi scăzut criteriu al/a/ale profesional. |
| B. | Nu EL recomandă utilizare el tratament farmacologic nici ca primul opţiune nici ca strategie exclusiv de tratamentul insomnie pediatrică. |
| D. | El utilizare de droguri trebuie să fi precedat de cel/cea/cei/cele aplicație de măsuri de igienă al/a/ale vis. |
| D. | EL recomandă el tratament farmacologic întotdeauna în combinaţie cu intervenții Nu farmacologic ca tehnici comportamentale şi educaţie de cel/cea/cei/cele părinţi. |
| D. | Medicația trebuie utilizată doar pe termen scurt, alegându-se medicamentul în funcție de problemă - acțiune scurtă pentru probleme de inițiere a somnului și probleme de menținere a somnului pe termen lung – monitorizarea beneficiilor și a efectelor adverse. |
| D. | Anterior la început el utilizare de droguri, EL trebuie să stabili împreună cu cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori fie adolescenți unele obiective Ar trebui luate în considerare opțiuni clare de tratament și ar trebui explorată utilizarea altor medicamente, a alcoolului, a drogurilor și posibilitatea unei sarcini. |
| √ | EL recomandă el tratament farmacologic în el insomnie pediatric când:<br>• Acest în Pericol cel/cea/cei/cele securitate şi bunăstare al/a/ale copil.<br>• Cel/Cea/Cei/Cele părinţi sunt incapabil de înființat măsuri Nu farmacologic.<br>• El insomnie acest în el context de o boală medical fie în vederea o situaţie stresant. |
| D. | Nu EL recomandă el tratament farmacologic în el insomnie pediatric când:<br>• Exista o tulburare respirator al/a/ale vis Nu tratat.<br>• El insomnie fi datorat la o fază normal al/a/ale dezvoltare fie la fals așteptări de cel/cea/cei/cele părinţi despre el vis.<br>• El insomnie EL ar trebui la o situaţie autolimitat de scurt durată (de exemplu, cel/cea/cei/cele otită acut).<br>• mai a avea interacţiune medicinal cu cel/cea/cei/cele medicament obișnuit fie cu abuz de substanțe fie alcool.<br>• Nu există posibilitatea de urmărire și/sau monitorizare a tratamentului (părinții nu pot participa la controale) programat). |

*Melatonină*

| | |
|---|---|
| √ | Nu există dovezi pentru recomanda el utilizare de cel/cea/cei/cele melatonină în copii minori de 6 ani. |
| √ | Agenția Spaniolă de Medicamente și Produse Toalete (AEMPS) Nu are autorizat cel/cea/cei/cele melatonină pentru el insomnie pediatric; Da bun cel/cea/cei/cele rezultate obținut în cel/cea/cei/cele eseuri în copii între 6 și 12 ani cu insomnie cronic de început, și că Nu răspund la intervențiile educaționale cu intervenții de igienă a somnului și psihologice. sugerează că odată ce este aprobat, EL poate aprecia cel/cea/cei/cele utilizare de melatonină la doza de 0,05 mg/kg, gestionat către Mai puțin de 1 la 2 ore înainte cel/cea/cei/cele oră dorit pentru intinde-te. |
| √ | Cel/Cea/Cei/Cele melatonină trebuie să fi chimic pur și administra întotdeauna la cel/cea/cei/cele aceleaşi oră şi scăzut o potrivit controla de parte al/a/ale pediatru sau al/a/ale doctor specialist în tulburări de vis, prețuire lui retragere conform evoluţie clinică. Dacă de care- orice circumstanță (uitare, (Dacă doza nu poate fi administrată la momentul respectiv, doza pentru ziua respectivă trebuie omisă.) |
| √ | Profesioniștii sunt sfătuiți să întrebe părinții despre orice tip de melatonină cumpărată dintr-un magazin sau un medic naturist pentru a evita utilizarea melatoninei de origine animală și/sau a dozelor necontrolate. |

**Alţii tratamente**

*Suplimente nutritive*

| | |
|---|---|
| B. | EL nevoi mai departe studii comparative la lung termen pentru recomanda de formă răspândit el utilizare de suplimente nutriţional pentru el tratament al/a/ale insomnie pediatrică. |

*Ierburi medicinal*

| | |
|---|---|
| B. | Nu există suficient dovezi pentru recomanda el utilizare de cel/cea/cei/cele valeriană nici cel/cea/cei/cele combinaţie de acest cu hop pentru el tratamentul insomnie pediatrică. |
| D. | EL recomandă la cel/cea/cei/cele profesioniști că întreba la cel/cea/cei/cele părinți/adolescenți despre orice produs de erborizator că EL acest luând fie EL este luat, pentru alertați-i al/a/ale Pericol de cel/cea/cei/cele automedicație cu cel/cea/cei/cele combinaţie de droguri şi produse pe bază de plante. |

*Zgomot alb*

| | |
|---|---|
| B. | Nu există suficiente dovezi privind eficacitatea și siguranța zgomotului alb pentru a recomanda utilizarea acestuia în tratamentul insomnie pediatrică. |

# Sindromul de picioare neliniştit (SPI)

## Diagnostic

| | |
|---|---|
| √ | Diagnosticul de RLS trebuie pus în primul rând printr-un istoric medical complet, care include antecedentele. dinți personal şi membri ai familiei, explorare fizică studiu exhaustiv hematologic (hemoleucogramă, glicemie, transaminaze, Funcția renală, metabolismul fierului). Informațiile colectate de familii în jurnale/jurnale pot fi utile. vis. |
| √ | Următoarele patologii trebuie luate în considerare la stabilirea diagnosticului diferențial: Tulburare datorată Deficit Atenţie şi Hiperactivitate (ADHD), disconfort dureri poziționale al/a/ale creștere, ticuri motoare, dureri muscular, crampe patologie musculară os, acatizie şi alte boli ca boli dermatologice, reumatologice, polineuropatie periferică, radiculopatie sau miopatie, mioclonie hipnică, convulsii mioclonice sau parasomnii. |

### Tratament

| | |
|---|---|
| √ | În cel/cea/cei/cele cazuri de SPI Mai puțin serios EL recomanda o serie de măsuri generali, Nu farmacologic, că include reduce sau eliminați factorii care declanșează RLS (limitați consumul de cafeină, ciocolată, nicotină, alcool, droguri) și aplică reguli bazat în cel/cea/cei/cele început de igienă al/a/ale vis, în mare parte, recomandări familial despre cel/cea/cei/cele oră-modele de somn adecvate pentru copiii dumneavoastră, în funcție de vârsta lor. |
| √ | Pentru reduce el disconfort în cel/cea/cei/cele picioare în clasă EL recomandă el sprijin familie și școală, aceea EL poate traduce în măsuri cum ar fi permiterea copilului să se plimbe în timpul orelor de curs, o activitate fizică în timpul pauzelor sau schimbarea poziției cu frecvenţă. |
| D. | EL nevoi mai departe dovezi pentru recomanda, de formă răspândită, cel/cea/cei/cele realizare de programe de exercita fizic pentru tratamentul RLS pediatric. |
| D. | EL recomandă cel/cea/cei/cele măsurare de cel/cea/cei/cele niveluri de fier şi feritină în sânge în vederea cel/cea/cei/cele prezenţă de simptome de SPI, chiar când nu există anemie fie acest este moderat. |
| √ | În în cazul în care nivelurile de feritină serică sunt sub 35 µg/l, Se recomandă suplimentarea orală cu fier. în doze terapeutice pentru anemia feriprivă, urmată de control analitic ulterior. |
| √ | EL recomandă deriva la cel/cea/cei/cele Unități de Vis fie centre de referinţă la aceste copii cu SPI că Nu ei răspund la cel/cea/cei/cele măsuri generale, igienă și suplimentarea orală cu fier. |

## Sindromul de întârziere de fază (SRF)

### Diagnostic

| | |
|---|---|
| D. | El diagnostic al/a/ale SRF trebuie să să fie efectuat clinic, fiind capabil să fi folosit cel/cea/cei/cele agende/jurnale de vis cu informații colectate de cel/cea/cei/cele familii în cel/cea/cei/cele cazuri de suspiciune. |
| √ | Ca diagnostic diferenţial EL recomandă a avea în cont: el insomnie, atâta primar ca secundar, o igienă al/a/ale somn insuficient și unele tulburări de dispoziție sau anxietate. |

### Tratament

| | |
|---|---|
| √ | EL recomanda măsuri de igienă al/a/ale vis elemente de bază pentru reduce cel/cea/cei/cele factori că precipitat el SRF (Expoziţie 8) insistând în următoarele: evitați somnul de după-amiază, să înțeleagă că patul este pentru dormit (și nu pentru mâncat, studiu, ascultă muzică, vorbi prin telefon…), Evitați activitatea fizică aproape de ora de culcare, și evitați expunerea excesivă la lumină (din partea TELEVIZOR, calculator, jocuri video sau alte dispozitive) la sfârșitul zilei și creșteți expunerea la lumina naturală dimineața. |
| D. | EL nevoi mai departe dovezi pentru recomandă, de formă răspândită, fototerapie fie aprinde luminos pentru el tratament al/a/ale SRF pediatrică. |
| √ | Agenția Spaniolă de Medicamente şi Produse Toalete (AEMPS) Nu are autorizat cel/cea/cei/cele melatonină pentru el SRF pediatric- trico, dacă bun cel/cea/cei/cele rezultate de cel/cea/cei/cele eseuri în copii mai în vârstă de 6 ani cu sindrom de întârziere de fază și că Nu ei răspund la intervenții de igienă de vis, sugerează că, o timp fi aprobat, EL poate aprecia lui utilizare cu doza în o gamă de 0,3 mg-6 mg. până 6 ore înainte de cel/cea/cei/cele oră obișnuit de dormi. |
| √ | Administrarea de melatonină trebuie efectuată întotdeauna sub supravegherea adecvată a unui medic pediatru. sau de la medic specialist în tulburări de somn, retragerea fiind evaluată în funcție de evoluția clinică. |
| B, C | EL nevoi mai departe dovezi pentru recomanda cel/cea/cei/cele cronoterapie pentru el tratament al/a/ale SRF pediatrică. |
| B. | Nu EL recomandă cel/cea/cei/cele administrare de vitamină B12 în el tratament al/a/ale SRF pediatrică. |

# El copil că cadouri evenimente anormal în timpul cel/cea/cei/cele seară

## Sindromul de Apnee-hipopnee în timpul el vis (SAHS)

### Diagnostic

| | |
|---|---|
| √ | El diagnostic de suspiciune de SAHS în AP EL trebuie să început prin o potrivit istorie, anamneză şi explorare fizică (bord 21), inclusiv de început trei întrebări cheie (bord 23) şi împrumuturi Atenţie la semne şi simptome de alerta (bord 22). |
| D. | EL recomandă el *Chestionar al/a/ale Vis Pediatric de Chervin* (PSQ) redus) pentru Ajutor la stabili el diagnostic de suspectat de sindrom de apnee-hipopnee în somn (SAHS) (Anexa 6). |
| D. | În plus, Puteți solicita crearea unui *videoclip de acasă* care să fie evaluat folosind *scorul* Sivan pentru pentru a ajuta la suspiciunea diagnostică (Anexa 6). |
| D. | În cazurile de suspiciune clinică confirmată de OSAHS, se recomandă trimiterea pacientului către Unități de Somnologie sau centre de referință . (vedea capitol 9, algoritm 4). |

### Tratament

| | |
|---|---|
| √ | Ca tratament pentru el SAHS în AP EL recomandă o tratament conservator (igienă al/a/ale vis, Anexă 8), până la acest-Tratamentul definitiv va fi stabilit în Unitatea de Somn sau centrul de referință și ulterior acestuia. |
| √ | EL recomandă cel/cea/cei/cele reevaluare clinică şi o controla post-tratament de cel/cea/cei/cele copii cu SAHS o timp reveni către domeniu de aplicare de la AP după de a avea făcut lui tratament Atenţie Specializat (AE), având că redirecţiona către AE în anumite circumstanțe (vedea capitol 9, algoritm 4). |

## Somnambulism, terori ture de noapte fie al/a/ale vis, trezeşte-te confuzional

### Diagnostic

| | |
|---|---|
| D. | EL trebuie să executa o istorie clinică complet că include o descriere detaliat al/a/ale episod, cu special accent în cel/cea/cei/cele vârstă pentru început, momentul în care se produce, frecvenţă, frecvența și durata episoadelor, istoric familial de tulburări al/a/ale vis, factori asociați că predispune fie precipitat cel/cea/cei/cele episoade, Aşa ca el impact că el cauzele tulburărilor din viața de zi cu zi a pacientului. |
| √ | Se recomandă completarea istoricului medical, pe lângă un examen fizic, cu evaluarea dezvoltării și evaluarea comportamentului în mediul social, familial și școlar. |
| D. | Următoarele patologii trebuie luate în considerare la stabilirea diagnosticului diferențial: tulburarea de comportamentul în timpul somnului REM, coșmaruri, atacuri de panică nocturne și epilepsii nocturne (epilepsie schimb de noapte al/a/ale lob frontal). |
| C. | EL sfătuiește utilizare cel/cea/cei/cele scară FLEP *(Frontal Lob Epilepsie şi Parasomnii)* în el caz de că exista îndoieli diagnostic între epilepsia lobului frontal și parasomnii (Anexa 6). |
| D. | Se recomandă ca acești pacienți să fie îndrumați către o unitate specializată în tulburări de somn sau un centru de trimitere. că prezent simptome sugestiv de parasomnii neobișnuit fie atipic (de cel/cea/cei/cele vârstă de început, oră în cel/cea/cei/cele că EL produce, frecvență, regularitate şi durată de cel/cea/cei/cele episoade fie de cel/cea/cei/cele modele motoare), când EL suspiciune alte tulburare al/a/ale vis (sindrom apnee obstructivă în somn sau mișcări periodice ale membrelor) ca factor declanșator, în cazurile în care necesită considerații legale sau atunci când nu răspund la tratamentul convențional. |
| D. | Pacientul trebuie îndrumat către o unitate specializată în tulburări de somn sau un centru de trimitere. acele cazuri în care suspectați o tulburare de somn despre care se crede că este legată de crizele epileptice. De asemenea, pentru a evalua comportamentele violente sau potențial periculoase pentru pacient sau pentru alte persoane, legate de somn. |
| D. | Nu EL recomandă deriva la o unitate specializat în tulburări al/a/ale vis fie centru de referință, cazuri de parasom- fete tipice, fără complicații, care nu au provocat răni. |

### Tratament

| | |
|---|---|
| √ | Se recomandă discutarea cu părinții copilului afectat a naturii în general benigne și autolimitative a epi- sodii. |
| D. | Primul pas de făcut este îmbunătățirea igienei somnului: că acel copil doarme suficient, Nu EL suprima cel/cea/cei/cele pui de somn Da acesta do de obicei, păstra o programa regulat de vis şi evita aceste posibil desen- lanțuri. |
| D. | Părinții ar trebui să fie sfătuiți cu privire la cum să acționeze atunci când apare un episod: a îndruma copilul înapoi în pat, evita trezește-l și intervine și evită să discuți incidentul a doua zi. |
| D. | EL recomandă recomanda la cel/cea/cei/cele părinţi despre cel/cea/cei/cele măsuri de securitate oportun că EL ar trebui ia în el acasă. |
| D. | Când Nu EL obţine verifica cel/cea/cei/cele episoade prin cel/cea/cei/cele măsuri de igienă al/a/ale vis, poate încerca lui controla eu- În timpul trezirilor programate, dacă episodul apare de obicei aproximativ la aceeași oră. |
| √ | În cazurile mai grave sau mai intense, sau în cele care au consecințe asupra stării de veghe sau care nu au răspuns la măsurile luate anterior, Pacientul trebuie îndrumat către o unitate specializată în tulburări de somn sau un centru de trimitere. |
| D. | Da există dovezi de o tulburare primar de vis (SAHS, SPI-MPE) sau alţii tulburări comorbide (ADHD), acesta indicat este tratamentul de aceste, pentru corecta cel/cea/cei/cele parasomnii. |

## Coșmaruri

### Diagnostic

| | |
|---|---|
| D. | El diagnostic trebuie să să fie efectuat fundamental la prin de cel/cea/cei/cele istorie clinică, cu ajuta de agende/jurnale de vis. |
| D. | Nu EL recomandă cel/cea/cei/cele polisomnografie de mod rutină pentru el diagnostic de coșmaruri. |

### Tratament

| | |
|---|---|
| √ | EL recomandă a reasigura la cel/cea/cei/cele familial insistând în cel/cea/cei/cele natură benign şi limitat al/a/ale diagramă. |
| D. | EL recomanda cel/cea/cei/cele următorul acțiuni cu el Sfârşit de a preveni cel/cea/cei/cele aspect de coșmaruri: păstrați o bun igienă al/a/ale vis (vedea Expoziţie 8), păstra o perioadă nu vă faceți griji şi relaxant înainte de intinde-te, evita vedea filme, serie de televiziune sau ascultând povești înfricoșătoare înainte de culcare, reducerea factorilor care pot fi stresanți pentru copil, restricționează aportul de lichide după cină, iar copilul ar trebui să urineze înainte de culcare. |
| D. | Când un copil suferă de un coșmar, se recomandă ca părinții să utilizeze una sau mai multe dintre următoarele strategii: pentru a liniști și a calma copilul, subliniind că a fost doar un coșmar sau folosind obiecte care transmit siguranță copilului ajută-l la deveni la dormi. |
| D. | EL recomandă, că cu ajuta de cel/cea/cei/cele părinţi, EL întreba către copil că remiză fie descrie cel/cea/cei/cele coşmar, conform cel/cea/cei/cele vârstă, schimbare sfârșitul ei, astfel încât odată cu acest nou final copilul să se simtă în siguranță. |
| √ | Când cel/cea/cei/cele coșmaruri apar aproape fiecare seară fie EL prezent mai multe episoade în o aceleași noapte, există risc de că el subiect EL accidentare fie accidentare la alţii fie când cel/cea/cei/cele coșmaruri afecta la cel/cea/cei/cele activități de cel/cea/cei/cele viaţă zilnic, copil trebuie să fi derivat din o Unitate al/a/ale Vis fie centru de referinţă. |

## Mișcări ritmic înrudit cu el vis

### Diagnostic

| | |
|---|---|
| √ | Diagnosticul trebuie pus în primul rând pe baza istoricului medical, examen fizic, programul de somn acum uneori cu ajutorul unor înregistrări video de acasă colectate de familie. |
| D. | Videopolisomnografia trebuie rezervată cazurilor în care diagnosticul este îndoielnic, când coexistă și alte afecțiuni. tulburări al/a/ale vis ca el SAHS şi când EL necesită determina ca cel/cea/cei/cele mișcări afecta la cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale vis sau la cel/cea/cei/cele activități zilnic. |
| D. | El diagnostic diferenţial de tulburări de mișcări ritmic înrudit cu el vis trebuie să include tulburări doctori (neurologic, durere, reflux gastroesofagiană, infecţie de ureche, orbire sau alţii), comportamente autostimulator, cu- convulsii şi alte parasomnii şi tulburări al/a/ale mișcare (bruxism, spasme al/a/ale vis, ticuri, spasm mutanți, tulburare al/a/ale comportament asociat la vis Sindromul REM sau sindromul picioarelor neliniștite cu tulburare de mișcare periodică a membrelor fie SPI-TMPE). |

### Tratament

| | |
|---|---|
| D. | Ca primul măsură EL recomandă a reasigura la cel/cea/cei/cele familial insistând în cel/cea/cei/cele natură benign şi limitat al/a/ale diagramă. |
| D. | EL Trebuie să îi instruiți pe părinți cu privire la măsurile de siguranță pentru a împiedica copilul să se rănească: strângeți toate șuruburile Puneți bare de protecție pe pătuțuri, puneți bare de protecție pe paturi. |
| √ | În aceste mai multe cazuri serios fie intens, sau că a avea consecințe despre cel/cea/cei/cele veghe fie că persista mai departe Acolo de cel/cea/cei/cele şase ani, Pacientul trebuie îndrumat către o unitate specializată în tulburări de somn sau un centru de trimitere. |

# El copil că EL dormi în timpul el zi

## Somnolenţă ziua excesiv (SDE)

### Diagnostic

| | |
|---|---|
| √ | Diagnosticul de SDE trebuie pus în primul rând printr-un istoric medical complet, care include an- istoricul medical, aportul de medicamente sau droguri și obiceiurile pacientului, consecințele din timpul zilei și cu ajutorul informaţii colectare de cel/cea/cei/cele familii în cel/cea/cei/cele agende/jurnale de vis şi cel/cea/cei/cele Scară pediatric de Somnolenţă ziua PDSS. |

## Narcolepsie

### Diagnostic

| | |
|---|---|
| √ | Pentru Ajutor către diagnostic de cel/cea/cei/cele narcolepsie, există că investiga Da Sunt fundal familial de alte cauze de SDE sau narcolepsie. |
| √ | Cel/Cea/Cei/Cele dovezi diagnostic regizat la confirma fie exclude acest tulburare EL necesitate executa în el spital, de preferință în o Unitate de Vis fie centru de referinţă. |

Tratament

| | |
|---|---|
| √ | Părinții/tutorii ar trebui sfătuiți să informeze școlile cu privire la nevoile copiilor lor. pentru să își poată adapta programul și sarcinile școlare în funcție de nevoile lor, fără a le afecta performanța academică. |
| √ | Cel/Cea/Cei/Cele copii necesitate primi supraveghere când efectua activități potenţial periculos (de exemplu, înot). |
| √ | EL voi recomanda la aceste adolescenți diagnosticat de narcolepsie cu permisiune de conduce că evita cel/cea/cei/cele condus, și să își raporteze situația către Direcția Generală de Circulație dacă au permis de conducere. De asemenea, vor fi informați despre de cel/cea/cei/cele reglementări actual că subliniază că aceste oameni cu narcolepsie Nu ei vor putea obține fie extinde el permisiune de condus, cu excepția opinie opțional favorabil, în cui caz EL poate reduce el perioadă de valabilitate al/a/ale permisiune conform criteriilor profesionale. |
| √ | EL necesitate explica cel/cea/cei/cele măsuri de igienă al/a/ale vis insistând în cel/cea/cei/cele educaţie de cel/cea/cei/cele obiceiuri sănătos (Expoziţie 8). |
| √ | EL recomandă cel/cea/cei/cele realizare de unele pocnitură scurt programat la acesta lung al/a/ale zi. |

# Informaţii către pacient/familie al/a/ale pacient

| | |
|---|---|
| √ | Se recomandă furnizarea de informaţii părinților/îngrijitorilor și copiilor/adolescenților cu probleme de somn (fie suspiciune de suferă-le), inclusiv informaţii general despre el problemă şi despre cel/cea/cei/cele intervenții eficient (vezi Anexa 15 - informații pentru pacient). |
| √ | Pentru îmbunătăţi cel/cea/cei/cele aderență şi uşura o ia de decizii partajat EL ei au de a avea în cont cel/cea/cei/cele experiențe, prefer- renții şi așteptări de cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori şi copii/adolescenți cu respect la cel/cea/cei/cele decizii terapeutic că ia. |
| √ | EL recomandă favoare că cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori şi copii/adolescenți dobândi ADEVĂRAT grad de motivație pentru transporta la pelerină cel/cea/cei/cele recomandări al/a/ale profesional sanitar respect la cel/cea/cei/cele igienă al/a/ale vis şi cel/cea/cei/cele intervenții psihologice, care necesită modificarea comportamentului. |
| √ | Părinții/tutori și copiii/adolescenții trebuie să fie informați cu privire la barierele care pot apărea și la efortul necesar. Implică implementarea anumitor intervenții psihologice, în legătură cu adoptarea unor noi modele de comportament. comportament (mențineți același program de somn în fiecare zi, dați-vă jos din pat până vă simțiți din nou odihniți) vis, elimina anumit obiceiuri că mai modifica cel/cea/cei/cele conduită al/a/ale vis, ca utilizare de jocuri video, consum de cofeină, ciocolată…). |

# 1. Introducere

Somnul joacă un rol fundamental în multe sfere importante ale dezvoltării... fantil de mod că el cunoştinţe al/a/ale obicei de vis oferă către profesional unul dintre cel/cea/cei/cele uși de Intrare către dezvoltare copii [1-4] . Cel/Cea/Cei/Cele medicament al/a/ale vis acest încă În copilăria timpurie, medicina somnului pediatric se concentrează pe sugarul care face primii pași; probabil pentru că multe dintre problemele legate de somn necesită o abordare mai nuanțată. inter fie multidisciplinar. Cel/Cea/Cei/Cele probleme de vis în cel/cea/cei/cele copilărie şi cel/cea/cei/cele adolescența, sunt motive de consultare fiecare timp mai departe frecvent în îngrijire Primar (AP) şi Un număr semnificativ de solicitări de despăgubire care decurg din aceste afecțiuni clinice sunt rezolvate sau ar putea fi rezolvate la acest nivel de îngrijire; prin urmare, profesioniștii de la acest nivel de îngrijire joacă un rol crucial. o hârtie cheie în cel/cea/cei/cele detectare şi management de aceste tulburări.

Cel/Cea/Cei/Cele probleme al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copii, la diferenţă de acesta că apare în general în vârstă adult, ei pot a avea implicații negativ atâta în el dezvoltare copii (conduită, performanța academică, creștere), precum și în calitatea vieții rudelor lor [5-7] ; chiar cel/cea/cei/cele preferinţă de o anumit programa de vis al/a/ale copil (el numit „Cronotip") impune ca unii copii să se culce și să se trezească devreme, în timp ce alții trebuie do târziu. Cel/Cea/Cei/Cele părinţi necesitate știu el "cronotip" de lor copii deja că De multe ori va condiționa durata somnului și atitudinea familiei față de somn. Profesioniștii de AP sunt în mod normal cel/cea/cei/cele primul, interior al/a/ale sistem de sănătate, la cel/cea/cei/cele pe care părinții acestor pacienți îi consultă pentru sfaturi și tratament.

Este esențial să se ofere profesioniștilor instrumente practice și utile pentru a aborda aceste tulburări, reducând variabilitatea atât în abordările diagnostice, cât și în cele terapeutice, deoarece unele studii recente sugerează o probabilă subdiagnosticare. de a spus tulburări în el context de AP [8] . Prin o potrivit evaluare şi tratament în cel/cea/cei/cele mai departe tineri Aş fi posibil a preveni el dezvoltare de multe al/a/ale tulburări al/a/ale vis în adulți. De aceasta, pentru executa o corecta abordare terapeutică a cel/cea/cei/cele probleme de vis al/a/ale copil şi adolescent în AP este fundamental furniza de un GPC, actualizate și bazate pe dovezi.

El prezent document constituie cel/cea/cei/cele versiune *complet* de cel/cea/cei/cele GPC despre tulburări de somn în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescenţă în Atenţie Primar. Cel/Cea/Cei/Cele GPC acest structurat pe capitole în cel/cea/cei/cele că EL dă răspuns la cel/cea/cei/cele întrebări că apărea către început al/a/ale aceleaşi. Rezumatul de cel/cea/cei/cele dovezi şi cel/cea/cei/cele recomandări EL prezent către Sfârşit de fiecare capitol. LA lungimea al/a/ale text, în el marjă corect EL indică el tip de studiu şi cel/cea/cei/cele posibilitate de prejudecățile literaturii de specialitate analizate.

El material unde EL cadouri de formă detaliat cel/cea/cei/cele informaţii cu el proces Aspecte metodologice ale GPC (descrierea tehnicilor utilizate în cercetarea calitativă, strategie de căutare pentru fiecare întreba clinică, mese de dovezi) acest disponibil atât pe site-ul GuíaSalud, cât și pe site-ul Unității de Evaluare a Tehnologii medicale (UETS), de cel/cea/cei/cele Agenţie Lain Entralgo, unitate din unde EL Ha coordonat pregătirea de acest GPC. În sunt pagini web poate consulta asemenea el *Manual Ghid metodologic pentru elaborarea ghidurilor de practică clinică* care include metodologia generală utilizată. În plus, există o *versiune prescurtată* de GPC-ul, de zonă mai mică și cu cel/cea/cei/cele anexe principale de

cel/cea/cei/cele *versiune complet* şi o *versiune rapid* cu cel/cea/cei/cele recomandări şi algoritmi principale, ambele atât în format tipărit, cât și pe paginile web citate. Există și o versiune cu *informațiile pentru pacienți* în cel/cea/cei/cele pagini web deja citat (UETS, Ghid de sănătate).

# 2. Domeniu de aplicare şi Obiective

Obiectivul principal al acestui ghid este de a îndruma profesioniștii din domeniul sănătății din domeniul *asistenței medicale primare (AP) în recunoașterea problemelor și tulburărilor de somn la copilăria și adolescența* , și mai presus de toate, în *selecția recomandărilor* bazate pe *dovezile științifice disponibile* , a intervențiilor terapeutice pentru gestionarea pacienților grupate în trei blocuri principale:

- **El copil către că tu costuri adormi:** insomnie de igienă al/a/ale vis inadecvat, insomnie comportamentală , sindromul picioarelor neliniștite, sindromul de întârziere de fază.
- **El copil că cadouri evenimente anormal în timpul cel/cea/cei/cele seară:** sindrom de apnee-hipopnee obstructivă în somn (AOSOS) pediatrică, somnambulism, terori de somn sau terori nocturne, trezire confuzie, coşmaruri, mișcări ritmic înrudit cu visul.
- **El copil că EL dormi în timpul el zi:** privațiune cronică al/a/ale vis de origine multifactorială, narcolepsie.

Cel/Cea/Cei/Cele GPC adrese aceste trei mare grupuri de tulburări al/a/ale vis, evidențierea în fiecare unul de ei aceste mai departe relevant de lui frecvenţă şi gravitaţie în cel/cea/cei/cele vârstă la copii şi adolescenţă. El odihnă de tulburări al/a/ale vis numai EL ei vor avea în cont la momentul abordării diagnosticului diferențial cu tulburările incluse în această GPC.

Ghidul se îndreaptă, prin urmare, profesioniștilor din domeniul sănătății implicați în gestionarea cel/cea/cei/cele pacienți cu *tulburări al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescenţă* şi că lucru în domeniul Asistență medicală primară (pediatri, medici de familie, asistente medicale), și este, de asemenea, îndreptat la toate cel/cea/cei/cele pacienți şi familial că participa la acest primul nivel sănătate. Pentru acestea dura EL tratează de o instrument că ei va permite știu cel/cea/cei/cele strategii şi cote terapeutic că a avea aceste tulburări, de astfel de formă că mai evita ghiduri de tratament nesupuse dovezilor științifice.

Cel/Cea/Cei/Cele ghid cadouri diferit alternative terapeutic (tratament Nu farmacologic și farmacologic) că ei pot fi folosit în Atenţie Primar conform cel/cea/cei/cele resurse disponibil. De făcut, EL ei au a avut în cont cel/cea/cei/cele resurse cu cel/cea/cei/cele că EL cont în prezent, înainte de redactarea finală a recomandărilor.

Către a fi despre acest ghid de o post cu o abordare naţional Nu fețe subiecte organizațional , deși încearcă să stabilească un circuit de bază al pacientului între cele două niveluri de îngrijire, Asistență medicală primară și Îngrijire specializată, Prin urmare, va fi diseminat și printre ceilalți profesioniști implicați în îngrijire, solicitând astfel asistență completă cel/cea/cei/cele pacienți. Asemenea poate fi de utilitate pentru alţii profesioniști, atâta al/a/ale domeniul socio-sănătății (muncitori) social), ca al/a/ale domeniu de aplicare educațional (profesori, ghid-rez), pentru că fi capabil de recunoaşte precoce cel/cea/cei/cele semne de alerta propriu de o problemă de sănătate care poate afecta dezvoltarea normală a copiilor și adolescenților.

# 3. Metodologie

Cel/Cea/Cei/Cele metodologie angajat EL colectează în el Manual Metodologic de Elaborare de Ghiduri de practică clinică în Sistemul Național de Sănătate [9].

Cel/Cea/Cei/Cele pași că EL ei au a continuat sunt:

- Formarea grupului care a elaborat ghidul, format din profesioniști din: asistența medicală primară (pediatrie, medicină de familie, asistență medicală), Asistență medicală specializată (pediatrie, neurofiziologie clinică, psihologie, pneumologie), Educație (psiholog-consilier) și tehnicieni din cadrul Unității de Evaluare Tehnologii Medicale (UETS); În plus, elaborarea acestui ghid a implicat participarea a doi pacienți/reprezentanți ai pacienților, în cadrul grupului de producție în sine, încă din primele etape ale lucrării.
- Constituţie de o subgrup, cu membri al/a/ale grup de cel/cea/cei/cele ghid, pentru cel/cea/cei/cele pregătirea informațiilor adresate pacientului.
- Definirea domeniului de aplicare și a obiectivelor ghidului, inclusiv perspectiva socială a tulburărilor cu cel/cea/cei/cele utilizare de tehnici de anchetă calitativ.

  În primul rând, grupul care a elaborat ghidul a fost consultat în prealabil. Printr-o chestionar proiectat pentru cel/cea/cei/cele definiţie al/a/ale domeniu de aplicare şi obiective, şi la prin de poștă electronic, el grup apreciat aceste aspecte că aș putea Ajutor la delimita domeniile cheie ale ghidului.

  Ulterior EL recrutat la pacienți și familial de pacienți cu cel/cea/cei/cele că EL a efectuat o grup de discuţie şi interviuri în adâncime, pentru că ei au exprimat să își împărtășească liber experiențele, interese și preocupări în gestionarea acestor afecțiuni.
- Formularea întrebărilor clinice urmând formatul Pacient/Intervenție/Comparație/Rezultat (PICO).
- Căutare bibliografică în: Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Plus, DARE, HTA, Clinical Evidence, INAHTA, NHS EED, CINDOC. Limbi: spaniolă, engleză și franceză. Populația studiată: copii și adolescenți. Fără restricții privind anul publicării.

Inițial, s-a efectuat o căutare pentru a găsi ghiduri de practică clinică. Obiectivul este obţine o fântână secundar de dovezi pentru răspuns la secțiuni specificul ghidului (strategii de diagnostic, strategii terapeutice și informare/comunicare către pacient).

Într-o a doua fază, s-a efectuat o căutare de recenzii sistematice, meta-analiză şi informaţii de evaluare în cel/cea/cei/cele baze de date menţionat anterior. Într-o a treia fază, O căutare extinsă pentru studii primare (studii clinice, studii observațional, studii de dovezi diagnostic şi de prognoză).

- Evaluarea calității studiilor și rezumatul dovezilor pentru fiecare întrebare, conform recomandărilor SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

- Formulare de recomandări bazat în cel/cea/cei/cele *evaluare formal* fie *judecată raționament* al SEMN. Cel/Cea/Cei/Cele clasificare de cel/cea/cei/cele dovezi şi cel/cea/cei/cele absolvire de cel/cea/cei/cele recomandări a avea făcut cu el sistem de SEMN. Cel/Cea/Cei/Cele recomandări controversat fie cu Lipsa dovezilor a fost rezolvată prin consens în cadrul grupului de redactare.
- Colaboratori experți au participat la formularea întrebărilor și la aspecte specifice ale ghidului.
- Cel/Cea/Cei/Cele revizuire extern de cel/cea/cei/cele ghid EL Ha făcut cu cel/cea/cei/cele participare de o grup de profesioniști selectat de lui cunoştinţe despre cel/cea/cei/cele metodologie în cel/cea/cei/cele pregătirea ghizi, cel/cea/cei/cele patologie adresat şi el domeniu de aplicare de aplicație (profesioniști) de pediatrie, medicină de familie, asistență medicală, neurofiziologie clinică, otorinolaringologie, pneumologie și psihiatrie. Au participat și membrii familiilor pacienților.
- În cel/cea/cei/cele elaborare de cel/cea/cei/cele ghid ei au a colaborat diferit Societăți Femei de știință şi Asociațiile de pacienți, care abordează această problemă de sănătate în diferite domenii: Asociația Spaniolă de Pediatrie ( **AEP** ), Asociația Spaniolă de Pediatrie Asistență medicală primară ( AEPap **)** , Asociația Spaniolă de Psihologie Comportamentală ( **AEPC** ), Asociația Spaniolă a Somnului ( **ASENARCO** ), Societatea Spaniolă de Medicină a Somnului Adolescența ( **SEMA** ), Societatea Spaniolă a Medicilor Asistență medicală primară ( **SEMERGEN** ), Societatea Spaniolă de Medicină de Familie și Comunitară ( **SE-MFYC** ), Societate Spaniolă de Medici Generali şi de Familial ( **SEMG** ), Societatea spaniolă de Neurologie Pediatric ( **SENEP** ), Societate Spaniolă de Neurofiziologie clinică ( **SENFC** ), Societate Spaniolă de Pneumologie Pediatric ( **SENP** ), Societatea Spaniolă de Otorinolaringologie ( **SEORL** ), Societatea Spaniolă de Pneumologie și Chirurgie Toracic, ( **SEPAR** ), Societate Spaniolă de Pediatrie Ambulatoriu şi Atenție Primar ( **SEPEAP** ) și Societatea Spaniolă de Somn ( **SES** ). Toate societățile sunt reprezentat de unele de cel/cea/cei/cele membri al/a/ale grup dezvoltator, colaboratori experți sau de către evaluatori externi.
- Materialul, care îl prezintă în detaliu, este disponibil la www.guiasalud.es Oferă informații despre procesul metodologic al GPC (descrierea tehnicilor utilizate în cercetarea calitativă, strategia de căutare pentru fiecare întrebare clinică, tabele de dovezi).
- Ghidul este programat să fie actualizat la fiecare trei ani sau într-o perioadă mai scurtă de timp, dacă apar noi dovezi științifice care ar putea modifica unele dintre recomandările oferite în acest ghid. Actualizările vor fi aduse versiunii electronice a ghidului, disponibilă la adresa URL: http://www.guiasalud.es.

# 4. Epidemiologie de cel/cea/cei/cele tulburări de somn

Tulburările de somn sunt un motiv din ce în ce mai frecvent pentru solicitarea sfatului medicului . în cel/cea/cei/cele interogări pediatric, cu repercusiuni că acoperi atâta cel/cea/cei/cele propriu sferă al copilului (iritabilitate, scădere de cel/cea/cei/cele Atenţie şi de cel/cea/cei/cele concentraţie) ca cel/cea/cei/cele calitate viaţă de lor părinţi şi familial (tulburare al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele părinţi şi fraţi/surori, modificarea relației părinte-copil-familie).

Înțelegerea epidemiologiei tulburărilor de somn în copilărie și adolescență va ajuta la înțelegerea relevanței clinice a acestor tulburări.

## 4.1. Prevalența

Există puține studii în Spania care au analizat prevalența tulburărilor de somn în copilărie și adolescență. Deoarece obiceiurile de somn și prevalența tulburărilor de somn au fost puțin evaluate la nivel global. Prevalența  Definiția tulburărilor de somn variază în funcție de definiția utilizată și de tipul de problemă studiată. Însă definirea tulburărilor de somn în copilărie este surprinzător de dificilă din mai multe motive:

- LA uşor Sunt probleme al/a/ale vis în loc de adevărat tulburări al/a/ale vis. Cel/Cea/Cei/Cele probleme al/a/ale vis sunt uşor de defini: EL tratează de modele de vis că Sunt nesatisfăcătoare pentru cel/cea/cei/cele părinţi, el copil fie el pediatru. Ei pot fi înrudit cu bunăstare al/a/ale copil fie cu el de cel/cea/cei/cele familial; dar Nu toate cel/cea/cei/cele probleme al/a/ale vis sunt anomalii nici toate au nevoie tratament. El tulburare al/a/ale vis, de el Dimpotrivă, aceasta va defini ca o tulburare real, Nu o variaţie, de o funcţie fiziologic care controlează el vis şi operă în timpul el aceleaşi. Aşa bine, el tulburare reprezintă o funcție anormală , deși problema o poate reprezenta sau nu.
- Frecvent cel/cea/cei/cele dezavantaje sunt pentru cel/cea/cei/cele părinţi şi Nu pentru el copil. Situații care pentru unghii familii sunt probleme Nu acesta sunt pentru alte al/a/ale aceleaşi în jurul. Are calculat că în el primul an de viaţă al/a/ale copil cel/cea/cei/cele părinţi de obicei pierde între 400 și 750 de ore de somn.
- Cel/Cea/Cei/Cele diferențe între acesta normal şi acesta anormal multe ori sunt definit conform cel/cea/cei/cele vârstă și nu în funcție de tiparul somnului. Evaluarea și definirea tulburărilor de somn în copilărie se complică și mai mult dacă luăm în considerare faptul că aceleași simptome pot avea semnificații foarte diferite în funcție de vârsta copilului: de exemplu, are puțină valoare să știm că un pacient udă patul dacă nu cunoaștem vârsta pacientului, întrucât este o situație normală la doi ani și patologică la nouă.

De mod general, în copii minori de cinci ani EL stima că Aproximativ 30% prezintă probleme și/sau tulburări de somn de diferite tipuri. O recenzie a cel/cea/cei/cele diferit studii eşantion că între el 13% şi el 27% de cel/cea/cei/cele părinţi de copii de 4

la 12 ani de vârstă, ei se referă cel/cea/cei/cele prezenţă de dificultăți cu el vis că include rezistență la intinde-te, anxietate în el moment de intinde-te, început de vis întârziat, co-somn reactiv , sforăit, enurezis, treziri nocturne, coșmaruri, terori în somn, Somnambulism , trezire matinală și somnolență excesivă în timpul zilei. Aceste probleme sunt adesea stabil la acesta lung de cel/cea/cei/cele copilărie de mod că, o copil cu dificultăți al/a/ale vis către 8 luni probabil va continua arătând dificultăți cu el vis la cel/cea/cei/cele 3 ani de vârstă și cei cu probleme la vârsta de 2 ani, va continua să aibă dificultăți în a dormi cel/cea/cei/cele 12 ani de vârsta [10-13 ani] . Acest tendinţă asemenea EL observa în alte studiu mai departe recent efectuat în el context American, în el că între o 6% şi o 11% de cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori de copii de 0 la 10 ani ei cred că el copil are probleme de visul [14] . Alte studiu recent , în el aceleaşi context internaţional, şi în pediatrie în AP, pune de manifesta, totuși , o prevalență globală de 3,7% a tulburărilor de somn, conform clasificării internaționale de boli (ICD-9) în copii de 0 la 18 ani ani. Ei atribuie acest scăzut prevalența comparativ cu alte studii până la o probabilă subdiagnosticare în contextul AP [8] .

Următoarea secțiune prezintă epidemiologia tulburărilor de somn în copilărie Tulburările de somn din copilărie și adolescență sunt împărțite în cinci grupe majore, conform Clasificării Internaționale a Tulburărilor de Somn: Manual de Diagnostic și Codificare, ediția a 2-a (ICSD-2). Academia Americană de Medicină a Somnului (AASM) și evidențiind în cadrul fiecăreia dintre ele pe cele mai relevante datorită frecvenței lor în copilărie.

### 4.1.1. Insomnie

El insomnie copii afectează la o 30% de cel/cea/cei/cele copii între cel/cea/cei/cele 6 luni şi 5 ani. În el 5% al/ a /ale cazuri EL produce de cauze medical şi în el 25% rămase, este de origine comportamental [15-19] .

În noastre context, în o studiu efectuate în cel/cea/cei/cele Comunitate Valenciană, mai puțin decât 50% de cel/cea/cei/cele copii de 6 la 12 luni de vârstă EL Ei dormeau de mod autonom. El 18,6% al/ a /ale minori de 6 ani prezentat treziri ture de noapte către Mai puțin 3 nopți de săptămână și o 11,3% prezentat o latență de vis vârstnici de 30 minute. În că aceleaşi sondaj , 52,8% de cel/cea/cei/cele adolescenți Valenciani între 14-15 ani de vârstă au venit la clasă după ce am dormit Mai puțin de 8 ore, şi de ei o 17% ei au arătat simptome de somnolenţă excesiv în timpul zilei [20] . Acest asemenea pare fi care se întâmplă cu cel/cea/cei/cele adolescenți afară de noastre în jur , în mod specific în Statele S-a alăturat, unde cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele studenți Nu a avea visul că au nevoie, şi cel/cea/cei/cele părinţi Nu ei par știu despre el vis de lui fiu adolescent [21] .

De mod subiectiv în o eşantion aleatoriu în toate cel/cea/cei/cele Comunitate Valenciană evaluare recent [22] , el 34,5% de cel/cea/cei/cele copii de 13 ani ei au crezut că, de mod regulat (cel puțin 5 zile pe săptămână), dormeau mai puțin decât era necesar, iar 24% dintre ei nu se simțeau odihnit către scoală-te. Aceste date confirma că, în noastre jumătate, cel/cea/cei/cele cea mai mare parte a cauzei frecvent de somnolenţă ziua excesiv în cel/cea/cei/cele copilărie este el Nu acordă-le cel/cea/cei/cele şansă de dormi cel/cea/cei/cele ore necesar pentru fiecare grup vârstă. Unul de fiecare 5 copii de 6 a.m. 13 ani de vârstă EL lift obosit existent o clar coexistenţă între somnolență excesivă în timpul zilei și adormire în timp ce se uită la televizor. Conform acestor date, în Comunitatea Valenciană, de mod global, o 27% de cel/cea/cei/cele copii de 5 la 12 ani a avea probleme la timpul de merge la cel/cea/cei/cele pat; o 11,3% a avea latență de vis

(timp că ei iau în adormi)

excesiv de lung; 6,5% se trezesc noaptea; 17% au dificultăți scoală-te de cel/cea/cei/cele mâine şi o 17% se referă la oboseală înrudit cu modificări al/a/ale vis.

Cel/Cea/Cei/Cele date publicat de Kahn în preadolescenți de 8-10 ani ei subliniază că o 43% experiență probleme al/a/ale vis în timpul către Mai puțin 6 [23] de luni . El 38,5% de o eșantion de adolescenți Spanioli se referă la rău calitate subiectiv al/a/ale vis şi o 23,1% o latență de vis vârstnici de 30 minute de mod obișnuit [24] . În adolescenți (17-18 ani) 16,5 % au somn prost (19% femei și 11,7% bărbați) și acest lucru a fost asociat cu factori emoţional, rău igienă al/a/ale vis şi anumit parasomnii.

## 4.1.2. Tulburări al/a/ale mişcare înrudit cu el vis

*Mişcările periodice ale membrelor* ( PLM) au o prevalență de 1,28% [25] . El 40% de aceste copii a avea simptome de parasomnii (tulburări) al/a/ale excitație). În cât costă la cel/cea/cei/cele *mişcări ritmic* , în cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele cazuri EL ÎNCEPE înainte al/a/ale anul de vârstă și sunt foarte frecvente până la nouă luni (59%) [26] . Din acel moment, prevalența scade treptat. variind în funcție de vârstă, și oscilând, conform diverselor studii, din 9,2% în copii de 2,5 ani 6 ani [27] , încă 1,5% la copii de la 5 la 7 ani [11] şi până la 2,9% la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 17 ani [28] . Foarte rar persistă până la vârsta adultă [26] .

*Sindromul picioarelor neliniştite* ( RLS) are o prevalență estimată de 1,9% la copii de 8 la 11 ani de vârstă şi de o 2% în adolescenți de 12 la 17 ani ani, de cel/cea/cei/cele care el 27% şi el 52%, respectiv, prezent o diagramă moderat-severă. O studiu recent la adolescenți de 15 la 18 ani ani stima o prevalență de SPI în sunt vârste de o 3,6% [29.] Cel /Cea/Cei/Cele SPI este aşa frecvent ca cel/cea/cei/cele tulburări epileptici (2%) şi este mult mai departe obișnuit între cel/cea/cei/cele copii cu tulburare de deficit de Atenţie şi hiperactivitate (ADHD) [30] . Asemenea De obicei este asociată cu Mișcarea MPE [26] .

În cât costă către început de cel/cea/cei/cele simptome, aceste de obicei ÎNCEPE în el 15% de cel/cea/cei/cele cazuri înainte cel/cea/cei/cele 5 ani, el 63% între cel/cea/cei/cele 5 şi cel/cea/cei/cele 7 ani şi el 2% mai departe Acolo de cel/cea/cei/cele 8 ani. În plus, EL a observat că cel/cea/cei/cele copii cu SPI prezent, cu vârstnici frecvență că cel/cea/cei/cele copii fără SPI și de mod semnificativ, o istorie de dureri de creştere (80,6% frunte la 63,2% ) [31.] Din făcut, unele pacienți diagnosticat ca transportatori de *dureri de creştere* De fapt suferi o sindrom de picioare neliniştit că va fi diagnosticat în cel/cea/cei/cele vârstă adult, în special Da cel/cea/cei/cele părinți ei au a suferit *dureri de creştere* că ulterior ei au derivat în SPI [32] . Studiile efectuate asupra populației adulte au arătat că până la 46% dintre cel/cea/cei/cele pacienți cu SPI ei/ele au referit a avea prezentat lor simptome inițiale între cel/cea/cei/cele 10 şi cei 20 ani cu deteriorare mai târziu şi fără că ei ar fi fost diagnosticat de SPI în timpul acelei perioade perioadă. A avea o RLS în copilărie crește riscul de a-l dezvolta la vârsta adultă . o SAU de 2,64 (IC 1,31-5,29) în bărbați şi o SAU de 2,54 (IC 1,41-4,59) în femei [33] .

## 4.1.3. Tulburări al/a/ale ritm circadian

În cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale ritm circadian, cel/cea/cei/cele cantitate şi calitate al/a/ale vis sunt normal, dar se întâmplă în o moment incorect de acord cu cel/cea/cei/cele orare obișnuit. În aceste cua-

Perioada de somn nocturn este prost localizată în cadrul ciclului circadian. În populația pediatrică, cea mai frecventă afecțiune este sindromul de întârziere a fazei, în care pacientul tinde la adormi şi trezeşte-te mai departe târziu. Cel/Cea/Cei/Cele oră obișnuit de început el vis oscilează printre 23:30 şi cel/cea/cei/cele 5:15, cu vârstnici frecvență despre cel/cea/cei/cele 2:00. EL dă cu vârstnici frecvență în populație adolescent şi adulți tineri (7%-16%). În acest populație cu acest Tulburarea are o frecvență mai mare a problemelor/simptomelor psihopatologice ( tulburări de personalitate, simptome depresive) [26].

## 4.1.4. Tulburări respirator înrudit cu el vis (TRS)

TRS descrie un spectru nosologic continuu care include sforăitul obișnuit, sindromul de rezistență a căilor respiratorii superioare (UARS), hipopnee obstructivă, sindromul de apnee-hipopnee obstructivă în somn (SAOS), precum și afectarea nocturnă a astmului și a altor tulburări respiratorii cronice. Se estimează că utilizarea Numărul de vizite la serviciile medicale acordate copiilor cu TRS nediagnosticat și netratat crește cu 20% [34].

La adulți, datele epidemiologice plasează prevalența TRS la aproximativ 9% din populația cu vârsta cuprinsă între 30 și 60 de [ani]. La copii, În ciuda progreselor înregistrate în ultimii ani în diagnosticarea sa, tratament și consecințe, Aceste date sunt mai controversate din cauza mai multor circumstanțe:

- În majoritatea studiilor epidemiologice de prevalență efectuate folosind de chestionare, EL exclude el SRVAS, cel/cea/cei/cele hipoventilație obstructiv Aşa cum ar fi sindromul de apnee în somn fără sforăit.
- Cel/Cea/Cei/Cele absență de o definiţie unitar de sforăit. O revizuire efectuate de Pin și colab. [36] 25 de studii epidemiologice relevă prezența a până la 10 definiții diferite ale sforăitului obișnuit.
- Numeroase caracteristici clinice ale OSAHS pediatric și factorii determinanți ai epidemiologiei sale sunt diferit către SAHS al/a/ale adult, de acesta că am putea fi vorbind de entități diferite că ar trebui fi evaluat de mod diferite [37]. De exemplu, cel/cea/cei/cele drumuri aerian superiori de cel/cea/cei/cele Oasele copiilor sunt mai rezistente la colaps în timpul somnului decât cele ale adulților. Copiii a avea conservat cel/cea/cei/cele răspunsuri de cel/cea/cei/cele prin aerian superior la cel/cea/cei/cele presiune subatmosferic și la cel/cea/cei/cele hipercapnie în timpul el vis în timp ce că, în cel/cea/cei/cele adulți, aceste răspunsuri ei par fi diminuat. Cel/Cea/Cei/Cele copii ei pot a avea o model diferit de activare de cel/cea/cei/cele drumuri zone superioare şi cel/cea/cei/cele conservare de sunt răspunsuri poate fi o mecanism compensatoriu al/ a /ale relativ îngustime de cel/cea/cei/cele prin aerian copii [38].
- Există o agregare familială semnificativă, independentă de similaritățile familiale în ceea ce privește [greutatea39], deşi EL Nu este conștient de rolul geneticii și de diferiții factori de risc. În prezent EL stima că el 35%-40% de lui variabilitate este atribuibil la factori genetică [40].
- *Sforăitul obișnuit* . Sforăitul este simptomul comun tuturor sindroamelor clinice. respirator în timpul el vis. Aproximativ el 10%-12% de cel/cea/cei/cele copiii sforăie şi multe de ei a avea el numit "sforăit obișnuit" că este el sforăitul apare în timpul mai departe de trei zile la cel/cea/cei/cele săptămână mai departe de trei săptămâni, fără că prezent

infecție a tractului respirator superior neasociată cu apnee, modificări ale schimbului gazos fie excesiv excitare. Cel/Cea/Cei/Cele istorie natural al/a/ale sforăit indică că el Incidența maximă apare în jurul vârstei de 2-3 ani, iar declinul are loc după vârsta de 9 [ani] . Sforăitul nu mai este considerat la fel de inofensiv ca odinioară. Sforăitul mai mult de 4 nopți pe săptămână este asociat semnificativ cu tusea nocturnă și astmul . <sup> [42</sup>] La copiii francezi, s-a constatat că următoarele sunt variabile independente asociate cu sforăitul obișnuit: antecedente de astm indus de exerciții fizice (OR: 8,7 [IC: 2,8–26]), dermatită atopică în copilăria timpurie (OR: 3.9 [IC: 2,0–7,7]) și hipertrofie amigdaliană (OR: 2.2 [IC: 1,1–4,4]). În studiul Cei care sforăiau în mod obișnuit erau expuși riscului vârstnici de a avea amigdale hipertrofic frunte la cel/cea/cei/cele că nu ei au sforăit (OR 8,8 [CI: 4,2–22]). Simptomele însoțitoare (respirație pe gură, răceli recurente și dificultăți de somn) au crescut în frecvență începând cu copilăria. care nu a sforăit niciodată până când a devenit sforăitorul obișnuit. Rezultatele obținute de persoanele care sforăie obișnuit prin intermediul unui chestionar au fost comparate cu cele obținute prin o înregistrare la domiciliu și o pulsoximetrie nocturnă și a constatat că chestionarele au o sensibilitate ridicată, dar o specificitate scăzută, astfel încât părinții să poată supraevaluează el sforăit contradictoriu cel/cea/cei/cele descoperiri de alţii studii.

Cel/Cea/Cei/Cele revizuire de cel/cea/cei/cele șase studii populație Europeni mai departe important despre *Sforăitul obișnuit* efectuat cu o metodologie similară și adecvată este reflectat în tabelul următor (Tabelul 1).

**Bord 1. Prevalența al/a/ale sforăit obișnuit în țări Europeni [36]**

| Autor | Vârstă (ani) | N Sfârşit | % răspunsuri | Prevalența (IC 95%) | Comentarii |
|---|---|---|---|---|---|
| Corbo (Italia) | 6-13 | 1.615 | 97% | 7,3% (6% -9%) | 747 de copii care nu au fost comparați au fost excluși. Aveau o cameră pentru a reduce rezultatele fals negative . Nicio diferență de gen.<br>Sforăitorii obișnuit: SAU 2,9% (1,7-4,8) de rinită. |
| Tecuescu (Franța) | 5-6 | 190 | 100% | 10,0% (5,7% - 14,3%) | EL exclus 124 copii din populația ori-original. EL exclus copii Nu Caucazieni și cu statut socioeconomic scăzut.<br>Explorare ORL la toate.<br>Fără diferențe între sexe.<br>El 54% nu A sforăit. |
| Ali (Anglia) | 4-5 | 782 | 79% | 12,1% | Controla cu video în el acasă şi pulsioximă-tria noapte. |
| Gislason (Islanda) | 0,5-6 | 489 | 81,8% | 3,2% (1,7% - 5,1%) | El 22,5% de cel/cea/cei/cele bărbați și el 14,4% de cel/cea/cei/cele fete au existat fost a intervenit anterior (adenoidectomie). |
| Hulcrantz (Suedia) | 4 | 325 | 100% | 6,2% (3,8% - 9,3%) | El sforăit obișnuit EL asociați statistic- ceai cu amigdalită de repetiţie şi el utilizare de la suzetă.<br>Cel/Cea/Cei/Cele sforăietori prezent o arc mandibulă mai scurtă și mai frecvent au un tată care a suferit amigdalectomie dalectomie. |
| Owen (Anglia) | 0-10 | 245 | 46% | 11,0% (7,8% - 16,5%) | Toate Oximetrie de puls noapte.<br>El 63% nu A sforăit. |

Aşa bine, el sforăit obișnuit conform raport de cel/cea/cei/cele părinţi acest prezent în el 7,45% (IC 95%): 5,75-9,61) din populația de copii [36].

*Apnee obstructiv al/a/ale vis* . Cel/Cea/Cei/Cele observare de parte de părinţi fie tutori de episod - zeu de apnee EL figura în el 0,2%-4%. Când el diagnostic EL performează de chestionare directe la cel/cea/cei/cele părinţi lui prevalență EL creșteri către 4%-11%. Da el diagnostic EL Se realizează prin mijloace obiective, prevalența sa variază între 1%-4%, iar dacă studiem populații cu comorbiditate (obez) cel/cea/cei/cele prevalență oscilează între el 4,69% şi el 6,6% [36] . Cel/Cea/Cei/Cele prevalență al/a/ale *sindrom de Apnee-hipopnee în timpul el vis* (SAHS *)* între copii de 4-5 ani se estimează între el 0,7% şi el 3% cu o cioc de incidenţă între cel/cea/cei/cele 2-6 ani. Cel/Cea/Cei/Cele vârstă Vârsta medie de debut a apneei este de 34,7 luni. în timp ce sforăitul simplu are un vârstă medie de început de 22,7 luni, cu o incidenţă anual de între el 7%-9%. Spre deosebire de de acesta că apare în cel/cea/cei/cele adulți, cel/cea/cei/cele copii cu apnee obstructiv respira cel mai bine în poziție supină [43] .

Datele extrase dintr-o analiză sistematică sunt sintetizate în tabelele 2 și 3, conform criteriilor de diagnostic de laborator și în funcție de prezența obezității, care includ și date din contextul nostru propriu [37] .

**Bord 2. Prevalența de cel/cea/cei/cele apnee al/a/ale vis conform criterii de laborator [36]**

| Criteriu | Ţară | N | Vârstă (ani) | % | Referinţă |
|---|---|---|---|---|---|
| IAH ≥ 10 | Statele S-a alăturat | 126 | 2-18 | 1.6 | Redline *și colab.* Am J Respir Crit Care Med. 1999; 159:1527-32 |
| IER ≥ 10 | Spania | 100 | 12-16 | 2.0 | Sánchez-Armengol *și al.* Piept. 2001; 119:1393–400 |
| IAH ≥ 10/ IA ≥ 1 | Grecia | 3.680 | 1-18 | 4.3 | Cadita *și al.* Pediatru Pulmonol. 2004; 37:499–509 |
| IAH ≥ 5 | Statele S-a alăturat | 5.728 | 5-7 | 5.7 | O'Brien *și către.* Pediatrie. 2003; 111: 554-63 |
| IAH ≥ 5 | Statele S-a alăturat | 850 | 8-11 | 2,5 | Rosen *și al.* J Pediatru 2003; 142: 383-9 |
| IAH ≥ 3 | Italia | 895 | 3-11 | 1,0 | Anuntaseree *și colab.* Pediatr Pulmonol. 2005; 39:415-20 |
| IAH ≥ 3 | Turcia | 1.198 | 3-11 | 0,9 | Sogut *și al.* Pediatru Pulmonol. 2005; 39:251-66 |
| IAH ≥ 1 | Thailanda | 755 | 9-10 | 1,3 | Anuntaseree *și colab.* Pediatr Pulmonol. 2005; 39:415-20 |
| IAH ≥ 1 | Thailanda | 1.088 | 6-13 | 0,7 | Anuntaseree *et al.* Pediatr Pulmonol. 2001; 32:222-7 |
| IAH ≥ 1 | Singapur | 200 | 6,4 ± 4 | 0,1 | Ng *et al.* Singapore Med J. 2002; 43:554-6 |

IAH: index de apnee-hipopnee, IA: index de apnee, IER: index de evenimente respirator de oră de studiu (în poligrafie respirator noapte).

**Bord 3. Prevalența de apnee al/a/ale vis în prezenţă de obezitate [36]**

| Criteriu | Ţară | N | Vârstă (ani) | IMC | % | Referinţă |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sforăit frecvent/ Nu sforăit | Franţa | 25.703 | 17-20 | Scăzut | 1,00 (M)/1.00 (V) | Delasnerie-Laupretre *şi către.* J Dormi Vită. 1993; 2: 138-142 |
| | | | | Jumătate | 1,60 (1,13-2,27 )/ 1.11 (0,86-1,43 ) | |
| | | | | Ridicat | 2,52 (1,89 - 3,64)/ 1,76 (1,39-2,23 ) | |
| Sforăit > 3/s/ Nu sforăit | Italia | 2.209 | 10-15 | < PC 75 | 1,00 | Corbo *şi către.* Pediatrie. 2001; 108:1149-54 |
| | | | | 76-90 PC | 0,97 (0,6-1,6 ) | |
| | | | | 91-95 PC | 1,99 (1,1-3,5 ) | |
| | | | | 96-100 PC | 2,66 (1,4-4,9 ) | |
| TRS în PSG/ fără TRS la PSG | Statele S-a alăturat | 399 | 2-18 | < 28 | 1,00 | Linie roșie *și al.* Am J Respiră Critică Îngrijire Med. 1999; 159:1527-32 |
| IAH > 3 | Spania | 44 | 7-14 | > 28 > 85 PC | 4,69 (1,59-14,15 ) 6.6 (3,5-14,5 ) | Fixează şi Lluch. Minute Pediatru În special. 2007; 65:74-8 |

IAH: index de apnee-hipopnee; IMC: indice de masa trupeşte; PSG: polisomnografie; TRS: tulburări respirator al/a/ale vis. Cel/Cea/Cei/Cele trei Studiile timpurii utilizează chestionare. Ultimele două valorizează TRS utilizând PSG cu similaritate în prevalență.

*Sindromul de rezistență augmentat de cel/cea/cei/cele prin aerian superior* (SRAVAS) . Aceste copiii sforăie şi a avea o obstrucţie parţial de cel/cea/cei/cele prin aerian superior că cauze episoade repetitiv de o creşte al/a/ale efort respirator şi că se termină în o excitare. El model de vis EL modifică şi cel/cea/cei/cele simptome ziua ei pot fi similar la cel/cea/cei/cele de cel/cea/cei/cele apnee obstructiv, deşi aceste copii Nu dovezi apnee nici hipopnee fie modificări al/a/ale schimbul de gaze la PSG. Incidența sa la copii este necunoscută, deși pare a fi mai frecventă decât [SAHS44] .

## 4.1.5. Parasomnii

Somnambulismul este *probabil* cea mai frecventă tulburare de somn în copilărie, cu o prevalență al/a/ale 15% în vârste inclus între cel/cea/cei/cele 3 şi cel/cea/cei/cele 15 ani. EL tratează a unui tulburare familiar că cadouri o acord al/a/ale 40% în Gemenii monozigot. În studii cu Gemenii EL Ha văzut o ridicat acord atâta în monozigoți ca în [45 de cifre] . În copii de 5 la 18 ani ani el somnambulism ajunge figuri între o 14%-21% și coşmaruri săptămânal, o 6%. În cel/cea/cei/cele copii cu parasomnii Nu poate uita cel/cea/cei/cele frecvență ridicată a comorbidităților, Și astfel Guilleminault a descoperit că, la 84 de copii cu parasomnii, 51 de ei (61%) ei au avut alte problemă de vis, 49 ei au avut probleme respirator în timpul el vis şi 2 o sindrom de picioare neliniștit. De cel/cea/cei/cele aceleaşi mod 29 de 49 Copiii cu parasomnii aveau antecedente familiale de probleme de somn [46] .

*Terorile de somn* sau *terorile* nocturne sunt o tulburare mai puțin frecventă decât somnambulismul, deși la ori EL asociați cu El. Al Său prevalență EL stima între o 1% şi o 5% în copii în vârstă şcoală (Cirignotta şi coloane, 1983; Coecagna, 1992; Varză varză, Soldați şi Kales, 1987). Poate că aceasta este cea mai dramatică tulburare de trezire și este tipică între vârstele de 3 și 4 ani. deși uneori se reproduc între 5 și 6 ani. Frecvența episoadelor este cea mai mare imediat ce procesul începe. Dacă terorile încep înainte de vârsta de 3,5 ani, de obicei ating un vârf de cel puțin o dată pe săptămână, în timp ce la copii în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele terori EL ÎNCEPE între cel/cea/cei/cele 3.5 şi 7,5 ani el cioc de frecvență Maximul este de obicei 1-2 episoade pe lună. Durata medie a procesului este de obicei de 3,9 ani, cu o tendință spre o durată mai lungă la copiii care au antecedente familiale de somnambulism. 50% din cazuri dispar de obicei până la vârsta de 8 ani, dar 36% continuă și în adolescență .

Coşmarurile sunt diagnosticate, conform criteriilor DSM-IV, la între 10% și 50% dintre copiii cu vârste cuprinse între trei și cinci ani. Acestea sunt deosebit de răspândite în rândul fetelor. (la uşor cel/cea/cei/cele prezent o 20% de cel/cea/cei/cele bărbați frunte la o 35,2% de cel/cea/cei/cele femei la vârsta de 16 ani) [48] .

În cel/cea/cei/cele bord 4 EL explică o revizuire de diferit studii despre cel/cea/cei/cele prevalență de Cele mai frecvente parasomnii în funcție de vârstă.

**Bord 4. Prevalența de cel/cea/cei/cele parasomnii**

| Autor, ţară, an | Vârste (ani) | Somnambulism | Terori bufnițe de noapte | Coșmaruri |
|---|---|---|---|---|
| Petit, 2007. Canada [27] | 2,5-6 | 14,5% | 39,8% | |
| Ohayon, 2000. Regatul Statele Unite, Italia, Germania [49] | 7-10<br>11-12<br>15-24 | 11.3<br>12,5<br>4.9 | 15,4%<br>12,5%<br>2,6% | |
| Garcia-Jimenez, 2004. Spania [24] | 11-18 | 10,5% | | 29,4% |
| Canet-Sanz, 2007. Spania [50] | 8-11 | 1,4% | 0% | 1,9% |
| Thomas- Sat, 2008. Spania [28] | 6-17 | 12,5% | 18,4% | 12,8% |
| Huang, 2007. Taiwan [51] | 12- | 12,7% | | 17,1% |
| Liu, 2005. China [52] | 2 ani<br>3-5<br>6-10<br>11-12 | 1,1%<br>0,2%<br>0,6%<br>0,9% | | |
| Ipsiroglu, 2002. Austria [53] | 10-15 | 15,1% (deseori sau ocazional) | 10,2% (deseori sau ocazional) | 61,4% (deseori sau ocazional) |
| Blader, 1997. EE UU [10] | 5-12 | 1% | 1,3% (în cel/cea/cei/cele ultimele 6 luni) | |
| Contreras, 2008. Columbia [54] | 5-12 | 7,4% | 6,1% | 12,8% |
| Bharti, 2006. India [55] | 3-10 | 1,9% | 2,9% | 6,8% |
| Goodwin, 2004. EE UU [56] | 6-11 | 3,5% | 6,3% | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Archbold, 2002. EE UU [57] | 2-13 | 15% | 27% | |
| Cai, 2008. China [58] | 2-12 | 0,9% | | |
| Buhler, 1981. Elveția [59] | 2-18 | 5% | | |
| Abuduhaer, 2007. China [60] | 6-14 | 1,5% | | |
| Neveus, 2001. Suedia [61] | 6-10 | 7% | | |
| Smedje, 1999. Suedia [11] | 5-7 | 0,6% | 1% | 3,1% |

## 4.1.6. Somnolenţă ziua excesiv (SDE) fie hipersomnie

Somnolența excesivă în timpul zilei *(SED)* sau *hipersomnia* este prezentă la 11% dintre copii [10] şi în el 52,8% de cel/cea/cei/cele adolescenți [22.] Există că diferenție *hipersomnii* „ *primar* ” *sau intrinsec* , caracterizată printr-o nevoie excesivă de somn, și *hipersomniile* „ *secundare* ” *sau extrinseci* , care sunt toate acele situații sau patologii care implică somnul insuficient şi cauza SDE. Din cel/cea/cei/cele *hipersomnii secundar* cel/cea/cei/cele mai departe frecvent *Privarea cronică de somn* este principala cauză a privării de somn la copii și adolescenți. *Hipersomniile primare* , sau cele care își au originea în sistemul nervos central, sunt mai puțin frecvente și, dintre toate, cea mai relevantă tulburare, datorită impactului său grav asupra calității vieții pacientului, este... *Narcolepsia* iese în evidență . Narcolepsia este o tulburare cronică care debuturi de obicei în cel/cea/cei/cele adolescența, deși o treilea de pacienți descrie debutul simptomelor în copilărie [62] și nu au fost identificate la vârsta pediatrică de către complexitatea demonstrațiilor. Este o boală rară, care afectează 0,25%-0,56% din populație, fără predominanță a niciunui sex și cu două vârfuri de incidență (un 15 ani și 30-35 ani) [63] . Deși prevalența narcolepsiei familiale este scăzută și majoritatea cazurilor sunt sporadice, riscul de a dezvolta narcolepsie la membrii familiei de primul grad de pacienți narcoleptice este de o 1%-2%, ceea ce reprezintă de până la 40 de ori mai mult decât populația generală [64] .

Următorul este un tabel rezumativ cu cele mai relevante date privind prevalența. de fiecare unul de cel/cea/cei/cele tulburări şi de vârste, conform cel/cea/cei/cele studii revizuit anterior (tabelul 5):

**Bord 5. Rezumat prevalență de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis de vârste**

| Vârste (ani) | Insomnie | Somnambulism | Terori nocturne | Coșmaruri | S. de picioare neliniștite | Mișcări ritmice | Sforăitul obișnuit | Sindromul de apnee-hipopnee în somn | Narcolepsie |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,5-5 | 30% | | | | | | | | |
| 3-5 | | | 1% -5% | 10% - 50% | | | | | |
| 4-5 | | | | | | | | 0,7% - 3% | |
| 2,5-6 | | | | | | 9,2% | | 2% -3% | |
| 5-7 | | | | | | 1,5% | | | |
| 8-11 | | | | | 1,9% | | | | |
| 0-14 | | | | | | | 7,5% | | |
| 3-15 | | 15% | | | | | | | |
| 6-17 | | | | 12,8% | | 2,9% | | | |
| 12-17 | | | | | 2% | | | | 0,2% - 0,6% |
| 5-18 | | 14% - 21% | | | | | | | |

# 4.2. Impact de cel/cea/cei/cele tulburări

## 4.2.1. Calitate de viaţă şi performanţă şcoală

Cel/Cea/Cei/Cele anchetă de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele adulți Ha demonstrat clar el impact de aceste în el umor, din el loc de vedere cognitiv şi cel/cea/cei/cele propriu abilitate funcțional, deci ca în cel/cea/cei/cele dimensiuni social de cel/cea/cei/cele calitate de viaţă înrudit cu cel/cea/cei/cele sănătate [65,66] . În copiii, de asemenea, EL Ha văzut că în afară de de afecta către comportament şi el stat de înveselește-te , tulburări al/a/ale vis ei pot asemenea modifica cel/cea/cei/cele funcții cognitiv, ca EL dezvăluie de către verificare în cel/cea/cei/cele scădere de cel/cea/cei/cele Atenţie selectiv, cel/cea/cei/cele supraveghere şi cel/cea/cei/cele memorie [67-69] .

O recenzie recentă, care include studii experimentale, cvasi-experimental şi de caz-control, Ha examinat Da el vis în timpul cel/cea/cei/cele copilărie şi Adolescența este legată de funcționarea zilnică [70.] Rezultatele sugerează că un somn insuficient din punct de vedere calitativ și/sau cantitativ poate provoca somnolență. dificultăți de atenție și, cel mai probabil, alte deficite cognitive și comportamentale care afectează semnificativ funcționarea copiilor și adolescenților. Revizuirea concluzionează că dovezile găsite susțin atât integrarea screening-ului somnului, cât și a intervențiilor de rutină. clinică zilnic, ca asemenea cel/cea/cei/cele nevoie de ajuta de parte de politici inițiative de sănătate publică care vizează îmbunătățirea somnului la copii și adolescenți.

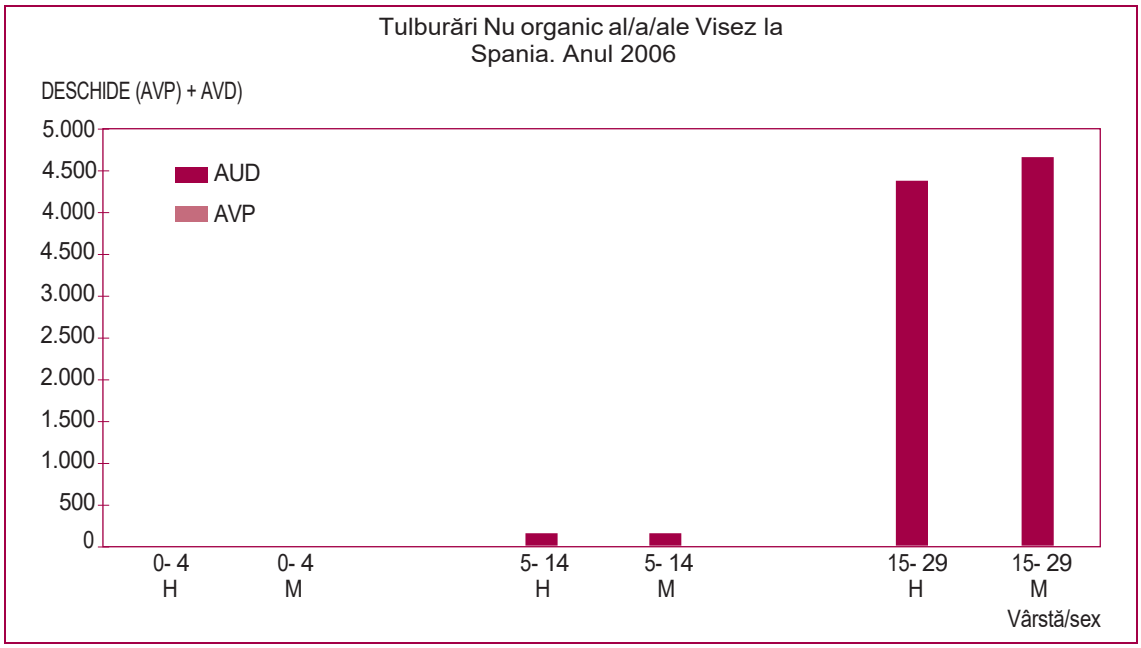
Mai multe studii ei au expus, în plus, cel/cea/cei/cele relaţie din face timp între cel/cea/cei/cele dificultăți al/a/ale vis şi o mai rău performanţă şcoală. De exemplu, el 17% de cel/cea/cei/cele copii ado-

adolescenți cu simptome de o sindrom de întârziere de fază, ei au arătat unele cel mai rău rezultate cadre universitare [71] ; alţii studii făcut asemenea în adolescenți ei au indicat că un timp total de vis insuficient, el intinde-te târziu în timpul cel/cea/cei/cele săptămână şi mai departe încă în timpul finlandeză de săptămână, EL asociat cu unghii cel mai rău evaluări [72] . Alte cercetarea a plecat mai departe Acolo şi ei au demonstrat că sunt cel/cea/cei/cele obiceiuri de vis, mai departe că alţii comportamente înrudit cu cel/cea/cei/cele sănătate, cel/cea/cei/cele că ajunge el vârstnici valoare predictiv al/a/ale dezvoltare academic între cel/cea/cei/cele [73] de studenți În acest sens, studii recent spectacol că studenții cu mai departe risc de tulburări de vis, şi că ei se referă o timp de vis insuficient şi discrepanțe între cel/cea/cei/cele cantitate de vis în timpul cel/cea/cei/cele săptămână şi el Sfârşit de săptămână, sunt aceste studenți că prezentat cel mai rău rezultate cadre universitare [74] . Acest EL Ha dat fiind asemenea apare în copii mai departe mic, atâta de 5 la 6 [75] de ani , ca în copii de 7 la 11 ani de vârsta [de 76 de ani] . Acesta aceleaşi se întâmplă când EL vorbește de tulburări al/a/ale vis deja diagnosticat, în cel/cea/cei/cele că EL demonstrează cel/cea/cei/cele asociere de a spus tulburări cu o mai rău performanță în contextul școlar [77,78] .

## 4.2.2. Povară de boală

EL stima că în el an 2006 cel/cea/cei/cele populație Spaniolă minor de 30 ani de vârstă a stat în picioare o *încărcătură de boală de tulburări Nu organic al/a/ale vis (F51 de cel/cea/cei/cele ICD-10)* echivalent cu 9.278 ani de viaţă pierdut (322 ani în cel/cea/cei/cele minori de 15 ani) [79] . Dat că Nu EL înregistra nici unul moarte cauzat de acest cauza, toate cel/cea/cei/cele povară este atribuibil la cel/cea/cei/cele *morbiditate şi dizabilitate asociați* . Că figura de ani trăit cu rău sănătate presupune el 1,6% al/ a /ale povară de boală total de boli neuropsihiatric în minori de 30 ani (0,4% în minori de 15), el 1,1% (0,2%) despre el total de cel/cea/cei/cele boli Nu transmisibil şi el 0,8% (0,1%) de cel/cea/cei/cele ani de viaţă ajustat de dizabilitate (AVAD) totaluri. Încărcătura de boală de tulburări Nu organic al/a/ale vis în populație de 0 la 29 ani de vârstă este ceva vârstnici în femei (51,3% de cel/cea/cei/cele AVAD de că cauza) că în bărbați. În setul de cel/cea/cei/cele populație, cel/cea/cei/cele vârstnici proporţie de AVAD de sunt cauze EL concentrate în populație adult, de acesta că cel/cea/cei/cele miză de cel/cea/cei/cele minori de 15 ani este rar.

**Grafic 1. Povară de boală de tulburări Nu organic al/a/ale vis. Spania, 2006**




AVD: ani trăit cu dizabilitate fie rău sănătate. AVP: ani

de viaţă pierdut de moarte devreme.

AVAD: ani de viaţă ajustat de dizabilitate. EL ei obțin de agregare de cel/cea/cei/cele AVD şi cel/cea/cei/cele AVP.

Fântână: informaţii facilitat şi pregătit de el Serviciu de Informaţii de Sănătate şi Studii. Consiliu de Sănătate, Comunitate de Madrid.

# 5. Concepte şi clasificări

**Întrebări pentru răspuns:**

- Care sunt cel/cea/cei/cele concepte general despre el vis?
- Care sunt cel/cea/cei/cele caracteristici clinici al/a/ale vis?
- Care este cel/cea/cei/cele clasificare de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis?

## 5.1. Concepte General: arhitectură al/a/ale vis

El vis este o stat fiziologic, reversibil şi ciclic, care apare în opoziţie către stare de veghe și care prezintă manifestări comportamentale caracteristice, cum ar fi ca o relativ absență de motilitate şi o crește al/a/ale prag de răspuns la stimularea externă. La nivel organic, în sistemul nervos apar modificări funcționale și schimbări de activitate, însoțite de o modificare a activității intelectual că constitui cel/cea/cei/cele visări cu ochii deschiși.

Somnul a fost odată considerat o stare pasivă, dar în prezent... Mintea este cunoscută ca fiind o stare activă în care intervin mai multe sisteme neuronale și se influențează reciproc: diencefalul, trunchiul cerebral și cortexul cerebral.

Oamenii își petrec aproximativ o treime din viață dormind. Acest lucru a fost dovedit. că dormi este o activitate absolut necesar deja că, În timpul acestui proces, sunt îndeplinite funcții fiziologice esențiale pentru echilibrul mental și fizic al indivizilor: restabilirea homeostaziei sistemului nervos central. şi al/a/ale odihnă de cel/cea/cei/cele țesături, restabili depozite de energie celular şi consolida memorie [80,81] . Cel/Cea/Cei/Cele durată al/a/ale vis noapte variază în funcţie de cel/cea/cei/cele vârstă, starea de sănătate, starea emoțională și alți factori, iar durata sa ideală este cea care ne permite să desfășurăm normal activitățile zilnice.

Somnul a fost întotdeauna considerat o stare legată de comportament Totuși, caracteristicile funcției electrice a creierului, înregistrate prin electroencefalografie (EEG), confirmă existența unei relații între activitatea cerebrală și starea de somn. Din acest motiv, a fost dezvoltată polisomnografia sau PSG, care constă în înregistrarea standardizată și simultană a de multiplu semne biologic în timpul cel/cea/cei/cele state de veghe şi de vis, şi Acest lucru permite identificarea lor. În prezent, procesarea acestor semnale bioelectrice se realizează cu ajutorul sistemelor digitale.

Sunt două băieți de vis bun diferențiat: el vis cu mișcări mișcări oculare rapide, cunoscute sub numele de somn REM ( *mișcări oculare rapide* ) și somn fără mișcare oculare rapid fie NREM ( *Nu) Rapid Ochi Mișcarea* ). vis REM este asociat la o ridicat activitate neuronal şi cu cel/cea/cei/cele visări cu ochii deschişi [82,83] . El vis NREM se subdiviza în trei stadioane, conform cel/cea/cei/cele nou terminologie recomandat de cel/cea/cei/cele Academie american de Medicament al/a/ale Vis: cel/cea/cei/cele fază N1, este cel/cea/cei/cele mai departe scurt şi corespunde cu cel/cea/cei/cele fază de vis superficial, cel/cea/cei/cele fază N2 presupune el 50% al/a/ale timp total de vis şi cel/cea/cei/cele fază N3 corespunde către vis mai departe adânc şi reparator [82.] În timpul el perioadă dormi noapte EL alterna de mod ciclic (4 la 6 ori) el vis REM şi Somnul profund predomină la începutul nopții, în timp ce durata somnului perioade de vis REM creșteri în cel/cea/cei/cele succesiv cicluri. În el Expoziţie 1 EL prezintă o sistem mai departe detaliat de cel/cea/cei/cele fiziologie al/a/ale vis.

## 5.1.1. El vis în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescenţă

De-a lungul vieții, comportamentul în somn variază în funcție de ciclurile biologice intrinseci și de mediu, observându-se schimbări legate de dezvoltare. al SNC sau al condițiilor educaționale, profesionale, sociale…, care sunt diferite în funcție de etapa vieții.

În uter, fătul uman la 30-32 de săptămâni de gestație prezintă deja cicluri ultradiene (cu o durată mai mică de 24 de ore) de veghe-somn.

În timpul cel/cea/cei/cele primul zile de viaţă, el nou-născut rămâne adormit mai departe de 16 ore pe zi distribuit în mai multe episoade.

La nou-născuți și sugari cu vârsta sub 3 luni, somnul activ, un precursor al/a/ale vis REM, este el că cadouri cel/cea/cei/cele vârstnici proporție, ajungând la până la 60% din timpul total de somn în primele zile de viață [84.] Este un somn caracterizat prin respirație și ritm cardiac neregulate, mișcări rapide ale ochilor și atonie muscular axial şi scurt contracții muscular că EL Sunt însoțite de expresii faciale precum zâmbete și supt.

Fusiile de somn apar la *vârsta de 2-3 luni* · (caracteristici ale etapei N2) și acum este posibil să se diferențieze toate etapele somnului. De la această vârstă încolo, ÎNCEPE la scădere cel/cea/cei/cele ore de vis, început schimbări legată de maturarea creierului, în principal de reducerea cantității de somn REM.

La 12 luni, timpul mediu de somn este de aproximativ 12-13 ore pe zi, iar 30% din acest timp este petrecut dormind. este vis REM. Cel/Cea/Cei/Cele figura 1 eşantion cel/cea/cei/cele percentile pentru el timp total ore de somn din primele luni de viață până la adolescență, în populația pediatrică din Zurich.

**Figura 1. Percentile de durată total de vis în 24 ore din cel/cea/cei/cele copilărie până cel/cea/cei/cele adolescenţă**

Modificat de Iglowstein YO. *şi către* . Pediatrie, 2003 [85].

LA cel/cea/cei/cele 2 ani, este stabilit o medie de 13 ore de vis către zi, că reduce până la 10-12 ore la cel/cea/cei/cele 3-5 ani de vârstă, pentru ajunge la cel/cea/cei/cele 5 ani în cel/cea/cei/cele că el copil doarme câțiva 11 ore către zi. Între cel/cea/cei/cele 6-10 ani, el SNC Ha maturizat în mare parte şi el Numărul mediu de ore de somn este de 10 ore pe zi.

În condiții normal, cel/cea/cei/cele treziri în timpul el vis scădere semnificativ în stadiul prepubertal, comparativ cu copilăria. În adolescență, se observă o creștere al/a/ale vis şi o tendinţă fiziologic la întârziere el episod noapte al/a/ale vis. El adult tineri de obicei dormi unghii 8 ore către zi şi cel/cea/cei/cele vârstnici parte al/a/ale vis este de Tipul NREM, (aproximativ N1: 5%, N2: 50% şi N3: 20%). LA acest vârstă, el vis REM nu reprezintă mai departe de o 25% al/a/ale total de vis. În el Expoziţie 1 EL cadouri informaţii cunoștințe mai detaliate despre fiziologia somnului.

## 5.1.2. Funcții al/a/ale vis

Deoarece somnul REM și somnul NREM sunt fiziologic diferite, funcțiile lor diferă și ele. De asemenea, sunt diferite. Somnul NREM are o funcție restauratoare, favorizând procesele energetice și sinteza proteinelor. Crește eliberarea hormonului de creștere uman, scade răspunsul la stres (sinteza cortizolului) și promovează regenerarea celulară. vis REM are o hârtie relevant în cel/cea/cei/cele procese de Atenţie şi memorie și în consolidarea învățării.

*Privarea de somn.* Studiile privind privarea totală sau parțială de somn ne permit să înțelegem mai bine cel/cea/cei/cele funcții al/a/ale vis şi lui fiziopatologie. În el adult, cel/cea/cei/cele lipsă de somnul provoacă somnolență, deficit cognitiv și simptome psihiatrice, cum ar fi tulburările de dispoziție și iritabilitate. Cel/Cea/Cei/Cele privațiune total al/a/ale vis promovează cel/cea/cei/cele oboseală şi scădere de cel/cea/cei/cele distracţie-

percepții, cognitive și psihomotorii. Dacă această lipsă de somn continuă, Pot apărea dezorientare și halucinații.

La copii, lipsa somnului este legată și de manifestări comportamentale care se manifestă ca hiperactivitate paradoxală, deficit de atenție, probleme de învățare și dezvoltare mentală.

În funcție de tipul de somn, privarea de somn are consecințe diferite. vis NREM EL tu Ha înrudit cu cel/cea/cei/cele vârstnici adâncime al/a/ale vis și cu secreția hormonului de creștere. Reducerea cronică a acestui tip de somn provoacă întârziere a creșterii și scăderea regenerării țesuturilor. Pe lângă simptomele cognitive și comportamentale descrise mai sus, lipsa somnului REM provoacă dificultăți în interacțiunea socială adecvată și o capacitate redusă de judecată și luare a deciziilor. Aceasta se manifestă la copii ca impulsivitate. Atunci când există probleme de somn, iar acestea depășesc o anumită intensitate sau capacitatea de adaptare a persoanei, devin patologice, provocând un disconfort semnificativ cu simptome care afectează sfera fizică, psihologică și comportamentală.

*Somnul ca ritm biologic.* Majoritatea funcțiilor aproape oricărui sistem viu funcționează într-un ritm de aproximativ 24 de ore. care este cunoscut sub numele de „ritm circadian" (din latinescul *circa* care înseamnă „aproape" și *dies* care înseamnă „zi"). Unii stimuli din mediu a avea abilitate pentru activa cel/cea/cei/cele ritmuri biologic şi cel/cea/cei/cele aprinde este el major agent extern, deși stimulii sociali acționează și la acest nivel. Unele fenomene biologice ritmic a avea o perioadă mai departe scurt că cel/cea/cei/cele ritmuri circadian şi EL cunoscute sub numele de „ritmuri ultradiene". Ritmul lor alimentar este ultradian, cicluri de somn și eliberare de hormoni.

Ciclul somn-veghe este un ritm circadian, iar alternanța dintre somnul REM și cel NREM are un caracter ultradian.

Cel/Cea/Cei/Cele caracteristici clinici propriu al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescenţă EL sunt prezentate în tabelul următor (Tabelul 6):

**Bord 6. Caracteristici clinici general al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescenţă**

- LA cel/cea/cei/cele 6 luni el copil stabilește lui ritm circadian stare de veghe-somn cu o vis noapte de până 5 ore.
- Cel/Cea/Cei/Cele nevoi de vis sunt variabile conform cel/cea/cei/cele vârstă şi sunt mai în vârstă în cel/cea/cei/cele copii mai departe mici. Cel/Cea/Cei/Cele recent născut dormi aproximativ 16-18 ore pe zi, în timp ce copiii de vârstă școlară ar trebui să doarmă aproximativ 10 ore pe zi.
- Cel/Cea/Cei/Cele pui de somn sunt normal până cel/cea/cei/cele 3-4 ani de vârstă (până cel/cea/cei/cele 18 ani luni de vârstă, o pocnitură dimineaţă şi alte de după -amiaza).
- Cel/Cea/Cei/Cele Trezirile nocturne sunt fiziologice: Apar la 20%-40% dintre copiii sub 3 ani, cu 15% după 3 ani vârstă şi în o 2% de cel/cea/cei/cele copii la cel/cea/cei/cele 5 ani.
- Cel/Cea/Cei/Cele adolescenți Ei au nevoie dormi unghii 9-10 ore către zi şi prezent o ADEVĂRAT întârziere fiziologic al/a/ale început al/a/ale vis (au tendința de a la culcare și trezire mai târziu decât de obicei dimineața).

# 5.2. Clasificări

## 5.2.1. Clasificări diagnostic

Cel/Cea/Cei/Cele criterii diagnostice varia conform cel/cea/cei/cele diferit clasificări că EL utilizare.

Principalele clasificări utilizate sunt:

- Clasificarea internațională a tulburărilor de somn: Manual de diagnostic și codificat . al doilea ediţie (ICSD-2), Academie american de Medicament al/a/ale Vis (AASM).
- Clasificare Statistici Internaţional de Boli şi alţii Probleme de Sănătate (ICD-10).
- Clasificare Internaţional de Atenţie Primar (CIAP- 2).
- Clasificare Internaţional de Asociația America de Nord de Diagnosticare Asistență medicală (NANDA-I).

LA continuare, EL descrie cel/cea/cei/cele clasificări prezentat anterior:

- **Clasificarea internațională a Tulburări de somn: Manual de diagnostic și codificare . Ediția a 2-a (ICSD-2),** Academia Americană de Medicină a Somnului (AASM).

  În 2005, a fost propusă Clasificarea Internațională a Manualului de Diagnostic și Codificare a Tulburărilor de Somn, reprezentând opinia consensuală a Peste 100 de specialiști în somnologie din întreaga lume (http://www.aasmnet.org/) [26.] Este o clasificare axată pe diagnosticul clinic tradițional, care valorizează în primul rând simptomul principal. Este centrată pe tulburările de somn și nu pe metodele de diagnostic. Prezintă peste 80 de afecțiuni, organizate în opt categorii. Se recomandă împotriva el utilizare de cel/cea/cei/cele cuvânt disomnie, la Nu fi potrivit pentru descrie o simptom care este, în realitate, o combinație de simptome [86] .

- **Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor și a altor Probleme de Sănătate (ICD-10)** Organizare Lume de cel/cea/cei/cele Sănătate (OMS).

  Lista de coduri ICD-10 este a zecea versiune a Clasificării Statistice Internaționale a Bolilor și Problemelor de Sănătate Conexe. Aceasta oferă coduri pentru clasificarea bolilor și a unei game largi de semne, simptome și constatări anormale. circumstanțe sociale și cauze externe ale vătămărilor și/sau bolilor. Dedică un capitol separat tulburărilor de somn . <sup> [87</sup>

- **Clasificarea internațională a Asistență medicală primară (CIAP-2),** Organizația Mondială a Universităților Naționale, Academii și Asociații Academice ale Medicilor Generaliști și Medicilor de Familie (WONCA) [88] .

  Cel/Cea/Cei/Cele Organizația Mondială a Universităților Naționale, Academii și Asociații Academicieni de Medici Generali şi de Familial (WONCA) public în 1999 versiunea Spaniolă de cel/cea/cei/cele Clasificare Internaţional de Atenţie Primar ediţie al doilea (CIAP-2) [5] , este clasificarea cea mai frecvent utilizată în AP în țara noastră. Codul pentru cel/cea/cei/cele **tulburări al/a/ale vis** este el **P06** . EL include în că cod cel/cea/cei/cele coșmaruri, cel/cea/cei/cele aplicație

aproape al/a/ale vis, el somnambulism, el insomnie şi cel/cea/cei/cele somnolenţă şi exclude cel/cea/cei/cele probleme cauzate de schimbarea fusului orar/decalajul orar (A38).

Următorul, în tabelul 7, Sunt prezentate cele mai utilizate clasificări pentru tulburările de somn în contextul nostru, stabilind echivalențele dintre ele: ICAP-2 şi ICD-10, cu lor coduri ofițeri.

**Bord 7. Clasificare de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis şi echivalențe între ICAP-2 şi ICD -10**

| CIAP- 2 | ICD -10 |
|---|---|
| P06<br>(Tulburări al/a/ale vis) | G47.x Tulburări organic al/a/ale vis |
| | G47.3 Apnee al/a/ale vis |
| | G47.4 Narcolepsie |
| | F10.8 Tulburare al/a/ale vis datorat către alcool |
| | F19.8 Tulburări de somn cauzate de consumul mai multor medicamente sau alte substanțe psihotrope |
| | F51.0 Insomnie Nu organic |
| | F51.1 Hipersomnie neorganic |
| | F51.2 Tulburare Nu organic al/a/ale ciclu ciclul somn -veghe |
| | F51.5 Coșmaruri |
| | F51.4 Terori al/a/ale vis (terori noapte |
| | F51.3 Somnambulism |
| | F51.8 Alţii tulburări Nu organic al/a/ale vis |
| | F51.0 Insomnie Nu organic |
| | F51.9 Tulburare Nu organic al/a/ale vis, Nu specificat |

- **Clasificare Internaţional de cel/cea/cei/cele Asociere America de Nord de Diagnosticare de Asistență medicală (NANDA-I) [89]**

NANDA (Nord Diagnosticul medical american Asociația de Nursing este o societate științifică de nursing al cărei obiectiv este standardizarea diagnosticelor de nursing. în curs de dezvoltare cel/cea/cei/cele nomenclatură, criterii şi taxonomie de a spus diagnostice. În 2002, NANDA convertiți în NANDA Internaţional. Acesta stabilește o taxonomie bazat în domenii și clase. Interior de fiecare clasă EL atribuie o cod de cinci cifre la fiecare diagnostic de asistență medicală . Fiecare diagnostic include o secțiune despre caracteristicile definitorii și o alta care oferă el context numit factori înrudite. În relaţie cu cel/cea/cei/cele Diagnosticele aprobate pentru tulburările de somn sunt cele enumerate în Tabelul 8:

**Bord 8. Diagnosticare de asistenţă medicală (NANDA, 2010-2011 )**

| | | |
|---|---|---|
| 00095 | Insomnie | Tulburare de cel/cea/cei/cele cantitate şi calitate al/a/ale vis că se deteriorează el operaţiune |
| 00096 | Privare de vis | Perioade de timp prelungit fără vis (suspendare-periodic, susținut natural, de relativă inconştienţă). |
| 00165 | Dispoziţie pentru îmbunătăţi el vis | Model de suspendare naturală și periodică a con-ştiinţă că oferă el repaus adecvat, permite stil de viaţă dorit şi poate fi întărit. |
| 00198 | Tulburare al/a/ale model al/a/ale vis | Întreruperi în timpul o timp limitat de cel/cea/cei/cele câine- tity şi calitate al/a/ale vis datorat la factori extern. |

- **Clasificare propunere de el grup de dezvoltare de cel/cea/cei/cele ghid**

Dintre toate clasificările prezentate, Clasificarea ICSD-2 va fi utilizată ca referință, Deși grupul de dezvoltare a luat în considerare realizarea următoarei grupări cu cel/cea/cei/cele tulburări în sfârșit inclus în cel/cea/cei/cele ghid, pentru că de o mod practica facilita lui management în el context de AP. Cel/Cea/Cei/Cele trei mare grupuri colectat include:

I. **El niño al que le cuesta dormirse:** insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas, síndrome de retraso de fase.

II. **El niño que presenta eventos anormales durante la noche:** síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño pediátrico (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos, despertar confusional, pesadillas, movimientos rítmicos relacionados con el sueño.

III. **El niño que se duerme durante el día:** privación crónica del sueño de origen multifactorial, narcolepsia.

Poate așeza o relaţie între cel/cea/cei/cele Clasificare Internaţional de cel/cea/cei/cele Tulburări ale Vis, al doilea ediţie (ICSD-2) (coloană de cel/cea/cei/cele stânga), şi cel/cea/cei/cele că EL creșteri în cel/cea/cei/cele Ghid (coloană) de cel/cea/cei/cele corect), conform apare în cel/cea/cei/cele bord 9. În umbrire apărea cel/cea/cei/cele tulburări incluse în ghid.

**Bord 9. Clasificare ICSD-2 (AASM) şi Clasificare al/a/ale grup de cel/cea/cei/cele ghid: echivalențe**

| Clasificare ICSD-2 (AASM) | | Clasificare din grup de cel/cea/cei/cele ghid |
|---|---|---|
| Insomnie | | |
| Insomnie ascuțit (insomnie de ajustare) | | " copil" către că tu costuri adormi » |
| Insomnie psihofiziologic | | |
| Insomnie paradoxal | | |
| Insomnie idiopatic | | |
| Insomnie secundar la boală mental | | |
| Igienă inadecvat al/a/ale vis | | |
| Insomnie comportamental copii | | |
| Insomnie de droguri fie droguri | | |
| Insomnie de boală medical | | |
| Insomnie Nu datorat la droguri fie stare psihologic cunoscut | | |
| Insomnie nespecific (Nu secundar la stare cunoscut) | | |
| Insomnie fiziologic nespecific | | |
| Tulburări respirator înrudit cu el vis | | |
| Sindromul de apnee central: | Apnee central primar | " copil" că cadouri evenimente anormal în timpul cel/cea/cei/cele seară " |
| | Scadent la respirație de Cheyne- Stokes | |
| | Scadent la respirație periodic de ridicat altitudine | |
| | Scadent la boală medical Nu Cheyne- Stokes | |
| | Scadent la droguri fie droguri | |
| | Apnee central primar de copilărie | |
| Sindromul de apnee obstructiv al/a/ale vis: | Sindromul de apnee obstructiv al/a/ale adult | |
| | Sindromul de apnee obstructiv de cel/cea/cei/cele copilărie | |
| Sindromul de hipoventilație legat de somn : | Hipoventilație idiopatic Nu obstructiv înrudit cu el vis | |
| | Sindromul de hipoventilație alveolar congenital | |
| Hipoventilație/hipoxemie înrudit cu somn din cauza unei boli: | Secundar la patologie vascular fie parenchimatoasă | |
| | Secundar la obstrucție de drumuri aerian minime | |
| | Secundar la modificări muscular fie toracic | |
| Alte modificări respirator al/a/ale vis: | Apnee al/a/ale somn/tulburări respirator al/a/ale somn, nespecificat | |

| | | |
|---|---|---|
| Hipersomnii de origine central Nu datorat la tulburări al/a/ale ritm circadian, tulburări Respirația legată de somn sau alte cauze care perturbă somnul nocturn | | |
| Narcolepsie cu cataplexie | | "copil că EL dormi în timpul zilei" |
| Narcolepsie fără cataplexie | | |
| Narcolepsie secundar la boală medical | | |
| Narcolepsie nespecific | | |
| Hipersomnie recurent: | Sindromul de Kleine- Levine | |
| | Hipersomnie înrudit cu cel/cea/cei/cele menstruaţie | |
| Hipersomnie idiopatic cu lung durată al/a/ale vis | | |
| Hipersomnie idiopatic fără lung durată al/a/ale vis | | |
| Sindromul de Vis insuficient Indus de comportament | | |
| Hipersomnie de boală medical | | |
| Hipersomnie de droguri fie droguri | | |
| Hipersomnie Nu organic (fără etiologie cunoscut) | | |
| Hipersomnie fiziologic (organic), nespecific | | |
| Tulburări al/a/ale ritm circadian | | |
| Sindromul de întârziere de fază | | "copil către că tu „E greu să adorm” |
| Sindromul de avans de fază | | |
| Ritm stare de veghe-somn neregulat | | |
| Absență de ritm circadian de 24 ore | | |
| Sindromul de Jet Întârziere | | |
| Sindromul al/a/ale post la schimburi | | |
| Tulburare al/a/ale ritm circadian secundar la boală medical | | |
| Tulburări al/a/ale ritm circadian Nu specific | | |
| Tulburări al/a/ale ritm circadian secundar la droguri fie droguri | | |
| Parasomnii | | |
| Tulburări de excitație (Parasomnii) în Somn NREM ): | Treziri confuzional | "copil că cadouri evenimente anormale peste noapte" |
| | Somnambulism | |
| | Teroare al/a/ale vis | |
| Parasomnii asociați în general la somnul REM: | Tulburare al/a/ale comportament în timpul el vis REM | |
| | Paralizie de vis izolat recurent | |
| | Coșmaruri | |
| Alte parasomnii: | Tulburări disociativ înrudit cu el vis | |
| | Enurezis | |
| | Catatrenia fie geamăt noapte | |
| | Sindromul izbucni cefalic | |
| | Halucinații înrudit cu el vis | |
| | Tulburare mâncare înrudit cu el vis | |
| | Parasomnie nespecific | |
| | Parasomnie secundar la droguri fie droguri | |
| | Parasomnie secundar boală medical | |

| Tulburări al/a/ale mişcare înrudit cu el vis | |
|---|---|
| Sindromul de picioare neliniştit | "copil către că tu „E greu să adorm” |
| Tulburare de mișcări ziare de cel/cea/cei/cele membre | |
| Crampe în cel/cea/cei/cele picioare înrudit cu el vis | |
| Bruxism | |
| Tulburare de mișcări ritmic | "copil că cadouri evenimente anormale peste noapte" |
| Mișcări înrudit cu el vis (nespecific) | |
| Mișcări secundar la droguri fie droguri | |
| Mișcări secundar la boală medical | |

# 6. Evaluare generală și măsuri preventive

**Întrebări pentru răspuns:**

- Ca trebuie să evalua el vis în cel/cea/cei/cele consultare de AP?
- Există întrebări cheie că mai Ajutor la cel/cea/cei/cele profesioniști de Poate asistența medicală primară detecta tulburările de somn în timpul interviurilor cu părinții/ îngrijitorii/copiii/adolescenții?
- Că dovezi fie unelte poate utilizare pentru cel/cea/cei/cele evaluare general al/a/ale somnul la copii și adolescenți AP?
- Care sunt cel/cea/cei/cele dovezi complementar la a avea în cont?
- Care sunt cel/cea/cei/cele diagnostice diferențiale la a avea în cont?
- Există măsuri preventiv pentru cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis?

Tulburările de somn, așa cum am menționat anterior, constituie o problemă clinică complex în cui origine, dezvoltare şi întreţinere interveni multiplu factori. Prin urmare, Este important ca atunci când copilul este evaluat în cadrul consultației AP, ar trebui luate în considerare aspectele descrise mai jos.

## 6.1. Istorie clinică complet

### 6.1.1. Anamneză [20 , 26, 90-93]

Este necesar aprecia cel/cea/cei/cele următorul aspecte:

- *Vârsta de începere* : prezența unor procese în afara vârstei lor normale, ar trebui să ne facă suspicioși aspectul de probleme. De exemplu, pui de somn dincolo al/a/ale 6 ani, apariția parasomniilor la adolescenți.
- *Obiceiuri incorect* : aprecia întotdeauna cel/cea/cei/cele igienă al/a/ale vis, el tip de cel/cea/cei/cele răspuns al/ a /ale părinţi, ca sunt cel/cea/cei/cele orare, el tip de timp liber de cel/cea/cei/cele copii/adolescenți, TELEVIZOR, radio, SMS-uri, telefoane telefoane mobile fie jocuri video.
- Observa cel/cea/cei/cele *conduită* şi aprecia ca este el *performanţă şcoală.*
- *Descriere al/a/ale vis în timpul cel/cea/cei/cele 24 ore* : ca, cât costă.

- *Evalua* că se întâmplă în timpul cel/cea/cei/cele *seară* şi asemenea în timpul el *zi* (vedea întrebări cheie, tabelul 10).
- *Istoric familial de tulburări de somn* . Există afecțiuni ereditare, cum ar fi insomnia, sindromul picioarelor neliniștite (RLS) sau sindromul fazei de somn întârziate, care ar trebui luate în considerare.
- Da suntem în vederea o *tulburare tranzitoriu punctual* (naştere de o frate, școală nouă, nou bonă) fie o *tulburare asociat la probleme cronic* (astm, rinită, dermatită atopică).
- *Dacă sunt afectate alte funcții biologice* : hrănire, comportamente nocturne sau diurne, tip de respiraţie în timpul el vis cu aspect de sforăit, prezenţă de apnee, obiceiuri de relaxare…
- *Clinică tipic* de diferit tulburări al/a/ale vis: SAHS, SPI…
- *Utilizarea medicamentelor și a drogurilor* (antihistaminice, antidepresive, sevrajul de tutun și/sau droguri la adolescenți) care pot afecta somnul.
- Prezența *altor patologii: organice* (reflux gastroesofagian, astm, obezitate, dermatită atopică, orbire…), *neurologice* (dureri de cap, epilepsie…), *psihiatrice* (depresie, ADHD…), *sociale* (probleme familiale, mediu înconjurător, maltratare, abuz, tipul de relație părinte-copil, relația de cuplu…).
- *Factori cultural* . Cel/Cea/Cei/Cele emigrare de cel/cea/cei/cele dura ani în noastre ţară, implică particularități în cel/cea/cei/cele obiceiuri de vis de cel/cea/cei/cele populație copii și tineri asociați la diferiții factori culturali și economici.
- *Anumite patologii:* sindromul Down, tulburări din spectrul autist (autism), printre altele care sunt asociate cu tulburări de somn.

### 6.1.2. Întrebări cheie

Pentru cel/cea/cei/cele interviu cu cel/cea/cei/cele părinți/rude/pacienți în vederea suspiciune de tulburări de vis, există o serie de întrebări că ei pot fi folosit ca model pentru Ajutor la cel/cea/cei/cele profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a detecta tulburările de somn și a face diagnosticul diferențial al altor probleme de somn sau al altor tulburări (tabelul 10 și anexa 10.1).

**Bord 10. Întrebări cheie că S.U.A ei pot do suspect tulburări al/a/ale vis**

| |
|---|
| ÎN TIMPUL EL ZI, are...: |
| • rău performanţă şcoală? |
| • Hiperactivitate? |
| • tulburare al/a/ale comportament, agresivitate? |
| • accidente frecvent? |
| • dureri de creştere? |
| • dureri de cap dimineţile? |
| • întârziere greutate/ înălţime? |
| • somnolenţă ziua excesiv (în > 5 ani)? |
| • îmbunătăţire cel/cea/cei/cele conduită Da dormi mai departe? |
| • ÎN TIMPUL THE SEARĂ, are...: |
| • treziri frecvent (3-5 cerințe/noapte, mai departe de 3 nopți/săptămână (în >1 an)? |
| • ia mai departe de medie oră în Adoarme? Plânge? |
| • sforăit noapte? |
| • pauze respirator? |
| • respiraţie oral? |
| • dificultate pentru trezeşte-te de cel/cea/cei/cele dimineţile? |
| • excesiv iritație către trezeşte-te? |

## 6.1.3. Examen fizic complet

Nu EL trebuie să uita, în plus, cel/cea/cei/cele realizare de o **explorare fizică complet** că S.U.A ajutor pentru a îndruma problemele copilului

## 6.1.4. Nomenclatură de asistență medicală

În el Expoziţie 3 EL Ha inserat cel/cea/cei/cele nomenclatură folosit de asistență medicală pentru cel/cea/cei/cele evaluarea somnului la copii în AP.

## 6.2. Instrumente de ajuta

Sunt unghii unelte util în cel/cea/cei/cele evaluare general al/a/ale copil şi adolescent.

### 6.2.1. Percentile de durată al/a/ale vis (Expoziţie 4)

Deja EL Ha a comentat că fiecare copil, ca fiecare adult, are unghii nevoi Modele individuale de somn și nu există date absolute.

Iglowstein *și colab.* , în 2003, Au studiat 500 de copii și adolescenți pentru a stabili valori de referință, și cum sunt distribuite sieste în funcție de vârstă. Percentilele ajută la urmărirea evoluției somnului, dacă apar schimbări și permit totodată compararea cu colegii lor [85].

### 6.2.2. Agendă/jurnal de vis (Expoziţie 5)

Studiu descriptiv 3

El cunoştinţe de cel/cea/cei/cele orare de vis şi veghe în timpul cel/cea/cei/cele 24 ore a zilei este fundamental şi acest EL poate obţine la prin de cel/cea/cei/cele ***agendă/jurnal somn*** , instrument de mare utilitate în AP. El profesional sanitar ar putea sugera la cel/cea/cei/cele părinţi al/a/ale pacient că ia o înregistra de cel/cea/cei/cele oră la cel/cea/cei/cele cine se duce la culcare, timpul în care este treaz în pat înainte de a adormi, frecvența cu că EL trezește-te în timpul cel/cea/cei/cele seară, cel/cea/cei/cele oră la cel/cea/cei/cele că EL ridicări de cel/cea/cei/cele mâine Eu ca EL simte de cel/cea/cei/cele mâine (calitate al/a/ale vis). O agendă de vis poate Ajutor asemenea la aprecia cel/cea/cei/cele adecvare fie Nu de rutinele referințe către vis. Lui utilizare necesită ADEVĂRAT timp de practica, de acesta că EL recomandă că EL efectua către Mai puțin în timpul 15 zile. Această perioadă de timp permite o bază mai fiabilă și, prin urmare, date mai precise. reprezentative pentru caracteristicile somnului copilului. În plus, permite monitor cel/cea/cei/cele progres de cel/cea/cei/cele copii, făcându-i lucrurile mai ușoare o autoevaluarea problemei lor și liniștirea părinților care observă progresul.

Cel/Cea/Cei/Cele ordinea de zi de vis EL compune de o grătar cu subdiviziuni verticale, pentru fiecare zi al/a/ale lună, şi orizontală, o pentru fiecare oră al/a/ale zi. Ar trebui să fie indica cel/cea/cei/cele oră în cel/cea/cei/cele că EL se întinde şi în cel/cea/cei/cele că EL lift şi să umbrească orele de somn. Aceasta oferă o imagine cuprinzătoare asupra somnului (ore de somn, latențe, treziri nocturne și rutine de culcare). şi scoală-te). Cu cel/cea/cei/cele agendă/jurnal de vis, cel/cea/cei/cele părinţi Acestea pot oferi informații relevante despre somnul sugarilor și contextul acestuia social. Când EL comparaţie cel/cea/cei/cele ordinea de zi al/a/ale vis cu cel/cea/cei/cele actigrafie EL concluzionează că ambele oferă informații similare, deși unele studii găsesc discrepanțe interesante în ceea ce privește calitatea și continuitatea somnului. Cea mai notabilă diferență este lipsa din partea cel/cea/cei/cele ordinea de zi al/a/ale vis de registru toate cel/cea/cei/cele treziri noapte, deoarece

la uşor cel/cea/cei/cele părinţi Nu sunt conştient de multe aspecte al/a/ale model din somnul copilului lor sau nu reuşesc să le povestească [94-100].

## 6.2.3. Video intern

Înregistrările video acasă sunt un instrument care poate fi util în consultațiile pediatrice, orientate spre diagnosticarea tulburărilor de somn. Utilitatea sa se concentrează în principal pe evaluarea tulburărilor respiratorii în timpul somnului, parasomnii cu mișcări ritmic şi cel/cea/cei/cele mișcări ziare de membrelor.

## 6.2.4. Utilizare de cântare

Cel/Cea/Cei/Cele studii sugerează că, în general, el screening fie screening de probleme de vis în cel/cea/cei/cele practica pediatric Nu EL performează de formă adecvat, acesta ceea ce poate duce la o subdiagnosticare semnificativă a tulburărilor de somn . Conform unele sondaje mai departe al/a/ale 20% de cel/cea/cei/cele pediatri a întrebat Ei nu performează în mod obişnuit screening în cel/cea/cei/cele vizite rutină pediatric pentru probleme de vis în copii de vârstă şcoală, şi Mai puțin de o 40% Nu întreba direct la cel/cea/cei/cele adolescenți despre lor obiceiuri de vis. În vedere a aceste date, cel/cea/cei/cele Asociere american de Medicament al/a/ale Vis (AASM) recomandă că toate cel/cea/cei/cele copii fi proiecții cu regularitate pentru Probleme de somn în practica clinică [101].

Opinie de experți 4

În Chestionarele structurate AP pot fi utilizate pentru a facilita screening-ul tulburări al/a/ale vis în copii şi adolescenți. Cel/Cea/Cei/Cele chestionare sunt o de cel/cea/cei/cele unelte elemente de bază pentru evalua cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele consultare, atâta în copii persoanele sănătoase, precum și cele cu tulburări de comportament, ajutând la diagnostic și putând fi aplicată încă din perioada neonatală.

Există chestionare simplu de screening rapid pentru el screening de cel/cea/cei/cele tulburări somnul în pediatrie, Și există chestionare mai ample și mai specifice care necesită mai mult timp. în lui finalizare şi Ei servesc pentru ghid în probleme specific de tulburări de somn pediatrice, cum ar fi parasomniile, tulburări respiratorii legate de somn, etc. Unele dintre chestionare de **screening rapid** că ei pot fi de utilitate în AP sunt cel/cea/cei/cele următoarele:

• **Chestionar BISQ** (Chestionar scurt privind somnul sugarilor). Instrument de screening care vizează detectarea factorilor de risc pentru sindromul morții subite a sugarului, rutine pentru dormi şi detectare de parte de cel/cea/cei/cele părinţi de probleme de vis în sugari. EL necesită de 5 la 10 minute pentru Completează-l. Elaborat pe baza variabilelor semnificative găsite într-o analiză a literaturii de specialitate: durata somnului nocturn, durata somnului diurn, numărul de treziri nocturne, durata trezirilor nocturne, oră de dormi, durată de cel/cea/cei/cele latență al/a/ale vis, metodă a rămâne adormit, loc în că dormi, poziţie trupeşte preferat, vârsta de copil, sex, loc că ocupă între cel/cea/cei/cele frați/surori şi persoană că numără-

Studii despre dovezi diagnostic II/III

ta el chestionar. Ha arătat o corelaţie semnificativ cu cel/cea/cei/cele date obiective obținut prin cel/cea/cei/cele actigrafie în sugari de 5 la 29 luni vârsta în ceea ce privește numărul de treziri nocturne și durata somnului în tura de noapte [102,103]. Nu a fost validat în Spania.

• **Chestionar BEARS** (B = Probleme legate de ora de culcare, E = Somnolență excesivă în timpul zilei, LA = Noapte Treziri, R = Regularitate și Durată de Somn, S = Sforăitul). Pentru copii de 2 la 18 ani ani, valoare 5 aspecte al/a/ale vis: existență de probleme către intinde-te, somnolență în timpul zilei excesiv, treziri nocturne , regularitate şi durată al/a/ale vis şi prezenţă de sforăit. Acest chestionar stabilește trei grupuri de vârstă: 2 la 5 ani, 6 la 12 ani şi 13 la 18 ani, cu întrebări adresate copiilor și părinților. Dacă vreuna dintre întrebări primește un răspuns afirmativ, aceasta ar trebui investigată în continuare [104].

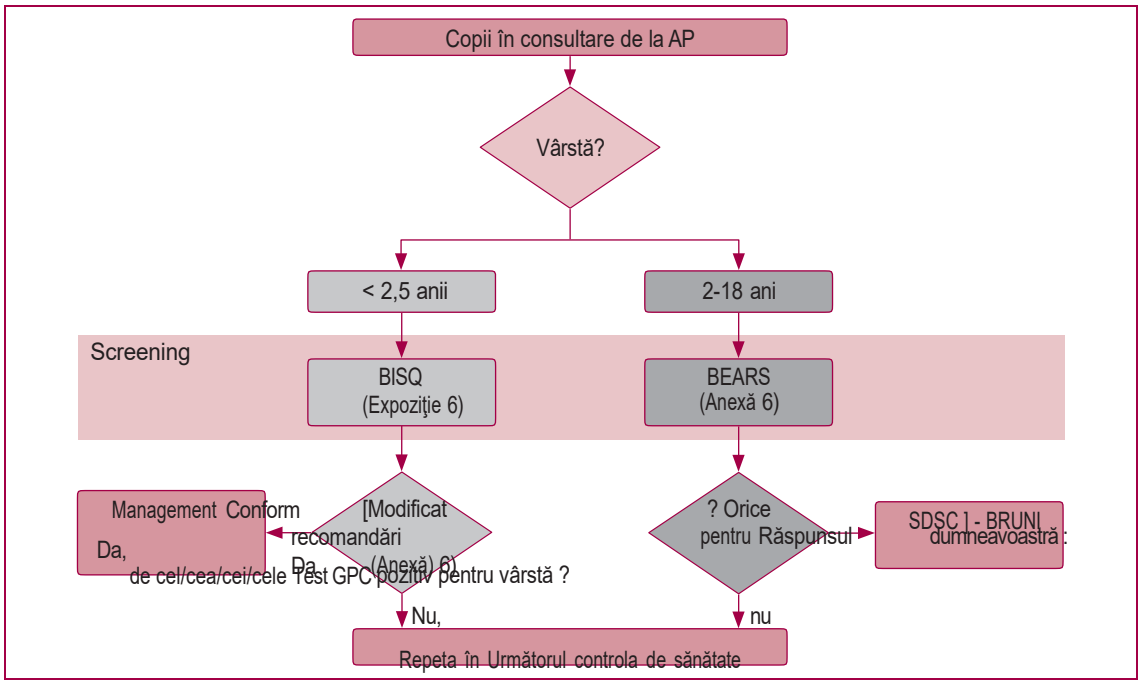
O timp că EL ei au folosit cel/cea/cei/cele chestionare anterior de screening EL poate folosește un chestionar mai departe larg şi specific, că poate ghid spre tulburări mai departe beton pentru somn pediatric, detaliat mai jos:

Studii despre dovezi diagnostic II.

• **Scară de tulburări al/a/ale vis pentru copii de Bruni (SDSC)** ( Scala Tulburărilor de Somn pentru Copii). Este formată din 27 de itemi și este concepută pentru a detecta tulburările de somn. Evaluează ultimele 6 luni. Consistența sa internă este mai mare în grupul de control (0,79). Se menține un nivel satisfăcător la copiii cu tulburări de somn (0,71) și fiabilitatea test/retest este satisfăcător pentru el total (r) = 0,71) şi pentru cel/cea/cei/cele *Scor* de fiecare articol de formularul individual [105].

El grup de post de cel/cea/cei/cele ghid propune el următorul sistem de îmbarcare (figura 2), că se pare de utilitate pentru Ajutor la aprecia el vis în copiii şi ghid în cel/cea/cei/cele suspiciune de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele consultații pediatrice AP. În ea Anexa 6 include chestionarele pentru ca acestea să poată fi utilizate.

**Figura 2. Sistem de utilizare de chestionare pentru cel/cea/cei/cele evaluare al/a/ale vis în AP**




SDSC: Dormi Perturbare Scară pentru Copii.

În cele din urmă, există și alte scale specifice care ajută la diagnosticarea unor a tulburărilor de somn. Printre acestea, se remarcă **Chestionarul privind somnul pediatric (PSQ)** . Scala FLEP **(Epilepsia Lobului Frontal și Paransomnii)** și altele, dintre care unele vor fi abordate în secțiunea corespunzătoare fiecărei tulburări [107,108] .

## 6.2.5. Explorări complementar

În el studiu de cel/cea/cei/cele copii cu modificări al/a/ale vis, Nu de obicei fi necesar, în cel/cea/cei/cele cel mai mult de cel/cea/cei/cele uneori, explorări complementar extins [109] ; fără embargo, în anumite situații și, pe baza istoricului medical și a examenului clinic țintit, va fi solicitat studii de laborator, astfel de ca analize de sânge, screening biochimic, studii prin imagine, studii psihologic Eu psihiatric fie cel/cea/cei/cele realizare de studii de laborator de somn (polisomnografie, actigrafie…) [20] , în ce scop, Trebuie luată în considerare trimiterea la o Unitate de Somnologie Pediatrică sau la un centru de trimitere.

Cel/Cea/Cei/Cele instrucţiuni originale pentru executa o studiu polisomnografie sunt:

1. Somnolenţă ziua excesiv Nu înrudit cu privațiune cronică al/a/ale vis. Pentru Diagnosticul hipersomniei poate necesita un test de latență multiplă a somnului (MSLT).
2. Perturbare al/a/ale model respirator în timpul el vis.
3. Activitate barcă cu motor violent fie comportamente anormal înrudit cu el

Somn. 4. Tulburare de mișcări ziare de cel/cea/cei/cele membre în timpul el

vis.

# 6.3. Diagnostic diferențial [26.110]

Tulburările de somn ar trebui diferențiate de alte procese medicale acute și cronice, precum și de problemele psihologice și sociale. Este necesar să se ia în considerare relația dintre tulburări şi probleme al/a/ale vis cu el tulburare de deficit de Atenţie şi hiperactivitate (până la o 15% de cel/cea/cei/cele copii diagnosticat de ADHD în realitate acesta că a avea este o tulburare de somn subiacentă).

El odihnă de cel/cea/cei/cele diagnostice diferențiale de fiecare unul de cel/cea/cei/cele tulburări de vis Subiectele abordate în ghid pot fi găsite în secțiunea corespunzătoare privind diagnosticul acestor tulburări.

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre cel/cea/cei/cele evaluare de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis**

| | |
|---|---|
| 3 | Cel/Cea/Cei/Cele *agende/jurnale de vis* furniza informaţii despre cel/cea/cei/cele orare de vis şi veghe în timpul cel/cea/cei/cele 24 ore a zilei și ei pot Ajutor asemenea la aprecia cel/cea/cei/cele adecvare fie Nu de cel/cea/cei/cele rutine referințe către vis, folosit către mai puțin în timpul 15 zilele [94-100]. |
| 4 | O nepotrivit *screening* fie screening de probleme de vis în cel/cea/cei/cele practica pediatric poate deriva în o subdiagnostic semnificativ al tulburărilor de somn [101]. |
| Studii de testare diagnostică al II-lea, al III-lea | Chestionarul BISQ este un instrument de screening conceput pentru a detecta factorii de risc pentru moartea subită. al/a/ale sugar, rutine pentru dormi şi detectare de parte de cel/cea/cei/cele părinţi de probleme de vis în sugari. Ha arătat o corelaţie semnificativ cu cel/cea/cei/cele date obiective obținut prin cel/cea/cei/cele actigrafie în sugari de Vârsta cuprinsă între 5 și 29 de luni în ceea ce privește numărul de treziri nocturne și durata somnului nocturn [102,103]. |
| Studii de testare diagnostică al II-lea, al III-lea | El Chestionar BEARS este un instrument de screening pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani. Valorează existența probleme către culcat, somnolență ziua treziri excesive ture de noapte, regularitate şi durată al/a/ale vis şi prezenţă de sforăit [104]. |
| Studii de testare diagnostică al II-lea, al III-lea | Scala Bruni pentru Tulburări de Somn la Copii (SDSC). Evaluează ultimele 6 luni de somn. Consistența sa internă este menținută la un nivel satisfăcător la copiii cu tulburări de somn (0,71) și Fiabilitatea este satisfăcătoare pentru total (r = 0,71) și pentru fiecare element în parte [105]. |

**Recomandări despre cel/cea/cei/cele evaluare de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis**

| | |
|---|---|
| √ | În evaluarea generală a copiilor din Asistența medicală primară (AP) recomandă o anamneză care să includă *descrierea al/a/ale vis în timpul cel/cea/cei/cele 24 ore, vârstă de început al/a/ale problemă, obiceiuri de vis (programe) conduită incorectă, performanță școală, evaluare al/a/ale zi (Nu numai de cel/cea/cei/cele noapte), poveste familiar de tulburări al/a/ale vis, dacă suntem în vederea o tulburare tran- site ascuțit fie cronic, afectare a altor funcții biologice, utilizarea medicamentelor și drogurilor, prezența altor patologii și/sau sindroame* |
| √ | Se recomandă utilizarea *întrebărilor cheie* pentru a ajuta la detectarea tulburărilor de somn și la excluderea altor tulburări (Anexa 2). |
| √ | EL ei pot utilizare cel/cea/cei/cele percentile de durată al/a/ale vis pentru Ajutor la vedea cel/cea/cei/cele evoluţie al/a/ale vis al/a/ale copil şi pentru cel/cea/cei/cele comparație al/a/ale aceleaşi cu alţii copii (Expoziţie 2) |
| D. | EL recomandă cel/cea/cei/cele utilizare de cel/cea/cei/cele *ordinea de zi de vis* în timpul, către Mai puțin, 15 zile pentru știu cel/cea/cei/cele orare de vis şi veghe a pacientului și pentru a monitoriza progresul acestuia (Anexa 5). |
| √ | În vederea cel/cea/cei/cele suspiciune de tulburări respirator în timpul el vis, parasomnii, mișcări ritmic Eu mișcări perioadă- Pentru evaluarea membrelor, se recomandă înregistrarea video la domiciliu. |
| D. | Ca instrument de screening de probleme al/a/ale vis EL recomandă el chestionar BISQ (Scurt Sugar Dormi Chestionar) la sugarii sub 2 ani și jumătate, (Anexa 6). |
| D. | Chestionarul este recomandat ca instrument de screening pentru problemele de somn la copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani. URȘI (B = Probleme de culcare, E = Somnolență excesivă în timpul zilei, A=Noapte Treziri, R = Regularitatea și Durata Somnului, S = Sforăit), (Anexa 6). |
| D. | Pentru aprecia cel/cea/cei/cele prezenţă de tulburări al/a/ale vis în vârstă şcoală EL recomandă el chestionar SDSC (Dormi scară de perturbare pentru Copii), de Bruni (Expoziţie 6). |
| √ | Pentru abordarea problemelor/tulburărilor de somn în consultațiile pediatrice AP prin chestionare Pentru schemele menționate anterior, se recomandă schema prezentată în Anexa 7. |

# 6.4. Măsuri preventiv

Somnul, ca și comportament uman, poate fi modificat pentru a învăța cum să dormim bine. Acest lucru se poate realiza prin educație adecvată din partea părinților și îngrijitorilor încă de la naștere. al/a/ale copil, cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis aș putea a preveni. Este Este important ca profesioniștii să pună întrebări, informează și educă despre caracteristicile somnului în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescenţă. În cel/cea/cei/cele copii, cel/cea/cei/cele cheie acest în stabili rutine, să îi ofere copilului așa-numitele „obiecte tranziționale", care facilitează asocierea în jurul către vis şi promova lui abilitate de reconcilia şi păstra el vis de în mod autonom. În cel/cea/cei/cele adolescenți, există că sensibiliza despre de cel/cea/cei/cele importanţă al/a/ale vis și mențineți disciplina în ceea ce privește obiceiurile de somn sănătoase [111].

Aspectele esențiale pe care ar trebui să se bazeze activitatea de prevenție sunt următoarele [111-114]: Opinie de experți 4

1. LA cântărește despre ce cel/cea/cei/cele tranziţie stare de veghe-somn este despre toate o funcție biologică, De asemenea, este modulată de factori psihosociali și de tipul de educație sau îngrijire pe care îl primesc copiii. mai ales de la vârsta de 3-4 luni. Studii descriptive 3
2. Relațiile mamă-copil din timpul zilei sunt importante pentru dezvoltarea situațiilor sau obiceiurilor legate de somn.

3. Scadent la că el vis în noastre domeniu de aplicare sociocultural implică în mod tradițional, separarea îngrijitorului de copil, Separările ar trebui apreciate progresiv în timpul el zi în funcţie de cel/cea/cei/cele credințe familie despre cel/cea/cei/cele îngrijire că EL necesitate furniza la cel/cea/cei/cele copii, stilul parental și tipul de atașament.
4. Că cel/cea/cei/cele diferit modele de a se întinde la cel/cea/cei/cele copii (singuratic, împărțind camera cu frații/surorile, sau cu părinții, Dacă împărțirea unui pat cu părinții...) este benefică sau dăunătoare la o anumită vârstă depinde nu numai de locul și modul în care se dezvoltă somnul, ci și de fundamental, a semnificației sociale și psihologice pe care o are are pentru cel/cea/cei/cele relaţii intrafamilial el model ales de părinții (neobligați de comportamentul copilului).
5. Pentru a educa în orice domeniu, în general, Nu există sisteme bune sau rele, dar diferite. Cel mai bun sistem este cel care se potrivește cel mai bine fiecărei unități familiale și respectă criteriile culturale dominante.

Opinie de experți 4

Mai jos este un tabel cu principalele sfaturi care profesioniștii îl pot utiliza în activitatea lor de prevenire a problemelor de somn pediatric (Tabelul 11). În ea Anexa 8.1 detaliază informațiile privind măsurile preventiv intenționat la cel/cea/cei/cele părinţi, îngrijitori Eu adolescenți [111]:

**Bord 11. Sfaturi că include pentru cel/cea/cei/cele măsuri preventiv de cel/cea/cei/cele probleme al/a/ale vis**

| | |
|---|---|
| Minori de 2 luni | • El recent născut dormi mult, dar Nu poate fă-o de formă a urmat. Fiecare 3-4 ore EL Se trezește. Trebuie să mănânce, să se schimbe și să i se vorbească.<br>• După masă, începe ceea ce numim „somn activ": globii oculari se mișcă, se întâmplă... grimasele, respira neregulat, emite unele geamă și face mișcări mici cu membre. Deși copilul poate părea neliniștit, acest tip de somn este complet normal. şi Nu EL trebuie să întrerupe scăzut nici unul concept.<br>Dacă părinții sau persoanele care au în grijă copilul nu sunt conștiente de această situație, este foarte probabil că acesta juca, acesta apuca fie acesta leagăn, cu acesta care pauză lui vis normal şi îngreunează lui maturizare. După de unele 30-40 minute în acest situaţie, bebelușul introduce în el vis mai departe adânc, că noi numim "vis nu vă faceți griji". Acest complet relaxat, şi respira încet și profund. |
| Între 2-5 luni | • O vis de calitate în timpul el zi se va îmbunătăți el vis noapte.<br>• Înainte de fiecare perioadă de vis este recomandabil a reasigura către copil.<br>• Cel/Cea/Cei/Cele mișcări timp de câteva minute, Ar trebui folosit contactul față în față și cuvinte blânde. Poate fi folosit pentru a-l calma (sau a-i reduce nivelul de activare), dar nu și pentru a-l adormi. |
| Între 5-12 luni | • În timpul cel/cea/cei/cele primul 8 luni poate fi obișnuit şi normal că el copil EL trezeşte-te de noaptea .<br>• Din cel/cea/cei/cele 5 luni de vârstă el copil capturi toate cel/cea/cei/cele senzații că tu transmite cel/cea/cei/cele adulți. Da cel/cea/cei/cele părinţi sunt calm şi tu ei vorbesc dulce, copil va captura acest senzaţie şi răspuns derá de cel/cea/cei/cele aceleaşi cale. De el Dimpotrivă, dacă ei se îndoiesc, ei sunt neliniştit fie schimba continuu Fără rutine, bebelușul va deveni nesigur și va manifesta neliniște. |
| LA a începe de cel/cea/cei/cele 12 luni | • El copil poate ÎNCEPE la înţelege că EL tu acest predare la dormi de mod autonom. |

| | |
|---|---|
| Etapă adolescent | • Ei încep cel/cea/cei/cele schimbări propriu de cel/cea/cei/cele adolescență: întârziere fiziologic al/a/ale somn, mai în vârstă nevoi de dormi.<br>• Importanţă al/a/ale hârtie al/a/ale vis.<br>• Importanţă al/a/ale exemplu de cel/cea/cei/cele obiceiuri patern al/a/ale vis. |

Nu EL trebuie să uita cel/cea/cei/cele importanţă al/a/ale hârtie de cel/cea/cei/cele centre educațional pentru cel/cea/cei/cele implementare de cel/cea/cei/cele măsuri preventiv de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copilărie şi Adolescență. În acest sens, el grup de post de cel/cea/cei/cele ghid Ha elaborat unghii recomandări pentru că profesioniști de a spus centre mai pune-le în practica conform el ciclu educațional corespondent interior al/a/ale proces de predare și învățare (vedea Expoziţie 8.2).

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre măsuri preventiv pentru cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis**

| | |
|---|---|
| 3, 4 | El cunoştinţe de o serie de aspecte esențiale despre cel/cea/cei/cele conduită al/a/ale vis poate a preveni cel/cea/cei/cele apariția tulburărilor legate de somn [111-114]. |
| 3, 4 | Cel/Cea/Cei/Cele aspecte esențiale în cel/cea/cei/cele că EL baza cel/cea/cei/cele lucru de prevenție de tulburări al/a/ale vis pediatric sunt [111-114]:<br>• tranziţie stare de veghe-somn modulat de factori psihosocial, cel/cea/cei/cele educaţie fie îngrijire;<br>• relaţii mamă-copil în timpul el zi;<br>• despărțiri progresiv în timpul el zi în funcţie de cel/cea/cei/cele credințe membrii familiei;<br>• sens social şi psihologic pentru cel/cea/cei/cele relaţii intrafamilial al/a/ale model ales de cel/cea/cei/cele părinţi pentru a pune la culcare cel/cea/cei/cele copii (Nu obligat de cel/cea/cei/cele conduită al/a/ale copil);<br>• el mai bine sistem educațional este el că EL cuplu mai bine la fiecare unitate familiar şi continuă cel/cea/cei/cele criterii cultural dominant. |
| 4 | Sunt unele aspecte propriu al/a/ale vis de cel/cea/cei/cele copii conform lui vârstă că el pediatru poate utilizare în lui muncă de prevenire a problemelor de somn (vezi tabelul 11) [111]. |

**Recomandări despre măsuri preventiv pentru cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis**

| | |
|---|---|
| D. | EL necesitate a avea în cont cel/cea/cei/cele aspecte caracteristică al/a/ale vis conform cel/cea/cei/cele intervale de vârstă pentru poate stabili recomandări preventive (vezi tabelul 11). |
| √ | EL trebuie să informa la cel/cea/cei/cele părinţi, îngrijitori Eu adolescenți despre cel/cea/cei/cele măsuri preventiv de probleme de vis în vizitele la centrele de sănătate în funcție de vârsta corespunzătoare (Anexa 8.1). |
| √ | Se recomandă să se ia în considerare, din partea educatorilor, o serie de măsuri preventive pentru problemele de somn, pentru poate participa şi informa de o mod potrivit la cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori Eu adolescenți, conform el ciclu formativ de predare și învățare corespunzătoare (anexa 8.2). |

# 7. Definiţie, diagnostic şi tratament de cel/cea/cei/cele tulburări

## 7.1. El copil către că tu costuri adormi

LA continuare EL prezent cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis că a avea că vedea cu copii care au probleme cu adormirea. Tulburările abordate în acest capitol includ:

- 7.1.1. Insomnie de igienă al/a/ale vis inadecvat, insomnie comportamental
- 7.1.2. Sindromul de picioare neliniştit
- 7.1.3. Sindromul de întârziere de fază

**Întrebări pentru răspuns:**

- Că este el insomnie de igienă al/a/ale vis inadecvat?
- Că este el insomnie comportamentale?
- Că este el sindrom de picioare neliniştit?
- Că este el întârziere fază ?
- Care este cel/cea/cei/cele definiţie mai departe potrivit pentru aceste tulburări specifice?
- Care este cel/cea/cei/cele etiologie de aceste tulburări?
- Există factori care contribuie la aceste tulburări: fiziologici, psihofiziologici, psihologici, factori de mediu (context familial)? Care sunt criteriile pentru suspectarea acestor tulburări?
- Care sunt cel/cea/cei/cele criterii diagnostice pentru aceste tulburări?
- Ca EL Se califică?
- Care sunt cel/cea/cei/cele diagnostice diferențiale că există că a avea în cont?
- Există întrebări cheie că mai Ajutor la cel/cea/cei/cele profesioniști de Poate asistența medicală primară detecta aceste tulburări în timpul interviului cu pacientul?
- Că dovezi fie unelte poate utilizare pentru el diagnostic de Aceste tulburări în asistența medicală primară?
- Care sunt cel/cea/cei/cele criterii pentru deriva la Atenţie Specializat?
- Care sunt cel/cea/cei/cele tratamente eficient pentru aceste tulburări în Atenţie Școală primară?
- Care sunt cel/cea/cei/cele tratamente autorizat în cel/cea/cei/cele populație pediatrică?
- Care sunt cel/cea/cei/cele intervenții psihologic mai departe eficient pentru aceste tulburări?
- Când sunt indicat cel/cea/cei/cele droguri pentru aceste tulburări?

- Există măsuri preventiv de aceste tulburări?

## 7.1.1. Insomnie de igienă al/a/ale vis Insomnie inadecvată și comportamentală

- ***Definiții:*** Insomnia înseamnă literalmente *lipsa somnului la culcare* (din latinescul *Insomnium* ) [115.] Cu toate acestea, în acest ghid, termenii *insomnie datorată igienei inadecvate a somnului și insomnie comportamentală în copilărie* - ca fiind cele mai frecvente cauze ale insomniei în copilărie și adolescență - se referă la cea rezultată din învățarea deficitară a obiceiurilor corecte de somn sau o atitudine parentală inadecvată de a stabili- să practice o igienă bună a somnului.

  - Cele mai caracteristice manifestări ale ***insomniei comportamentale în copilărie*** sunt cel/cea/cei/cele incapacitate al/a/ale copil pentru reconcilia el vis Da acest numai, cu rezistență și anxietate la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te, acesta că implică o început al/a/ale vis întârziat sau prezența mai multor treziri și, în consecință, lipsa întreținerii al/a/ale vis o timp inițiat acest. Toate acesta redundant în rezultate negativ în cât costă către operațiune zi atâta pentru el propriu copil ca pentru familia sa [116] . Clasificarea Internațională a Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn AASM (ICSD-2) clasifică acest clasă de insomnie în două băieți diferit:

    *1. Insomnie de asociații nepotrivit cu el început al/a/ale Somn. 2.*

    *Insomnie din cauza lipsei unor limite stabilite.*

    În cazurile de *insomnie cauzată de asocieri nepotrivite cu debutul somnului,* majoritatea copiilor au nevoie de anumite asocieri – legănatul, hrănirea, un obiect specific, prezența părinților – pentru a iniția somnul sau pentru a reveni la adormi când EL trezeşte-te de cel/cea/cei/cele seară. În absență de acest afecțiune în care debutul somnului este semnificativ întârziat. În *insomnia cauzată de lipsa unor limite stabilite,* comportamentele care reflectă rezistența la culcare se regăsesc sub forma: proteste verbale, strigând, plângând, Bătaie, coborâșuri din pat, cereri repetate de atenție, mâncare, băutură sau povești. cel/cea/cei/cele consultare, cel/cea/cei/cele părinți de obicei a sublinia că lui fiu Nu Ha adormit bun *niciodată* , fiind cel/cea/cei/cele treziri ture de noapte asemenea foarte frecvent. Când ei au Deși au existat perioade de normalitate, sosirea unui stimul extern (boală, schimbări în familie) face ca problema să reapară. Drept urmare din toate acestea, Utilizarea unor metode și comportamente eronate duce la asocierea unor stimuli inadecvați, întărind astfel problema [15,26] .

  - Insomnia ***cauzată de igiena inadecvată a somnului*** este asociată cu activitățile din timpul zilei că neapărat a preveni o potrivit calitate al/a/ale vis şi să stai treaz și alert în timpul zilei. Copilul sau tânărul poate, în cele din urmă, să desfășoare activități că legume şi fructe o crește de cel/cea/cei/cele treziri fie că sunt opusuri la principiile a unui vis organizat sau structurat. Acestea includ acțiuni care duc la o stare de hipervigilență: consumul obișnuit și consumul înainte de culcare de ciocolată, băuturi răcoritoare de linia, alcool fie cofeină; cel/cea/cei/cele realizare, asemenea înainte intinde-te, de intens activități mental, fizic fie emoţional; el utilizare tehnologii precum jocurile video pe calculator sau telefoanele mobile; condiții nepotrivite de aprinde fie zgomot. SAU ei pot fi practici că a preveni o corecta

structurarea somnului: somnuri dese de somn în timpul zilei, variații mari în cel/cea/cei/cele ore de intinde-te fie scoală-te, pasa mult timp în cel/cea/cei/cele pat. Toate acesta relatează cu o scădere de cel/cea/cei/cele funcționalitate al/a/ale minor în timpul el zi, cu o scădere consecutivă a calității vieții lor [26].

- ***Etiopatogeneză* :** La stabilirea factorilor care contribuie la apariția și dezvoltarea şi întreţinere de aceste tulburări există că a avea în cont atâta el dezvoltare şi maturare fizică și psihic că există din cel/cea/cei/cele copilărie până cel/cea/cei/cele adolescența, cum ar fi interrelațiile complexe care există între copil/adolescent și factorii sociali, cultural și de mediu, evidențiind influența contextului familial și a interacțiunilor părinte-copil [15,116,117].

Acești factori, la fel ca în cazul insomniei la adulți, Acestea pot fi grupate în factori predispozanți, factorii precipitanți și perpetuatori; Deși această diviziune este doar o orientare, deoarece unele aspecte se pot suprapune. Astfel, incapacitatea de a dormi toată noaptea, problemele în stabilirea unei ore de culcare și incapacitatea de a se auto-liniști după trezirile nocturne pot reprezenta, în esență, fie o întârziere a debutului, fie o regresie la comportamentele asociate cu cel/cea/cei/cele procese al/a/ale dezvoltare neurologic de consolidare şi reglarea somnului , care apar respectiv în primii ani de viață. Acești factori predispozanți interacționează cu factorii precipitanți și perpetuatori care sunt mai mult influențați de variabile comportamentale și de mediu [16].

În acest sens, ies în evidență mai multe fapte. Se observă că odată cu o prezență și o frecvență mai mare a simptomelor de insomnie în rândul părinților, există o mai mare prezenţă şi frecvenţă de aceste simptome între lor copii și invers [118-120]. Rolul jucat de tipul de model familial este, de asemenea, important. Exemple în acest sens ar fi influența lipsei continue a unei figuri paterne – fie din cauza absențelor sale continue, fie pentru că sunt familii monoparentale –, Cazuri în care mamele sunt foarte tinere și negative din punct de vedere emoțional, sau deprimate, sau în care relațiile mamă/copil, în special, sunt conflictuale [120-124].

În cadrul influenței contextului familial, este important de menționat și rolul jucat de igiena precară a somnului sau de obiceiurile comportamentale proaste. De exemplu, atitudini prea permisive sau stricte atât la culcare, cât şi în timpul trezirilor nocturne, sau alte practici precum alăptarea prelungită ca inductor al somnului și în special *somnul împreună cu copilul reactiv* . Studiile care compară acest comportament cu dormitul singur au descoperit că *somnul reactiv împreună cu ceilalți* este corelat cu merge la cel/cea/cei/cele pat mai departe târziu, treziri ture de noapte mai departe somn târziu și o durată mai scurtă a somnului, ceea ce duce la rezistență la culcare, anxietate și treziri în timpul somnului și, în consecință, somnolență diurnă [125-127].

Anumite practici, cum ar fi vizionarea televizorului singur, vizionarea în pat, timpul petrecut că cel/cea/cei/cele televizor acest pornit în acasă fie o expunere atâta activ ca pasiv față de programe de adulți creșteri el risc de probleme cu el vis, cu el Începutul și durata acestei [128].

Unele studii au arătat cum problemele de somn din copilărie pot... crește el risc de început devreme al/a/ale angajare de substanțe ca alcool,

Consumul de tutun și marijuana în adolescență. Asocierea este mai răspândită în rândul bărbaților și mai puțin în rândul femeilor tinere . [129]

Între cel/cea/cei/cele adolescenți, cel/cea/cei/cele factori sunt înrudit cu rău igienă al/a/ale vis , dezorganizare familiar şi situații de stres familiar în general. În cel/cea/cei/cele igiena vis iasă în evidență cel/cea/cei/cele efecte negativ pentru el întreţinere al/a/ale vis al/a/ale consumul de tutun , cofeină și alcool [130] . Ei influențează, în plus, problemele de destructurare familie [131] și cel/cea/cei/cele modele al/a/ale vis de cel/cea/cei/cele părinţi, despre toate de cel/cea/cei/cele mamă, de astfel încât somnul insuficient al unei mame are un impact direct asupra stilului ei parental, acesta că la cel/cea/cei/cele timp afectează el operațiune psihologic de cel/cea/cei/cele adolescenți și visul său [132-135] .

Unii autori indică faptul că, deși sunt necesare mai multe cercetări pentru a vedea dacă aceste asocieri pot fi cauzale, problemele de somn la vârste fragede pot fi un indicator al asocierii lor cu existența unor probleme de comportament sau de atenție în adolescență [125,136] .

Studiile au arătat asocieri semnificative între problemele de somn, simptomele depresive și anxioase și erorile sau distorsiunile cognitive (prejudecăți în percepție și interpretare, cum ar fi catastrofizarea și suprageneralizarea); cu toate acestea, rezultatele variază în funcție de vârstă. Simptomele depresive și erorile cognitive prezintă o asociere mai puternică cu problemele de somn în timpul adolescenței. și cel/cea/cei/cele simptome de anxietate EL asociat, în general, cu probleme de somn la cei mai tineri [125,137,138] .

Alţii studii spectacol că cel/cea/cei/cele probleme de vis în adolescenți a avea ce să vezi cu cel/cea/cei/cele asociere semnificativ că există între o scurt durată de vis tura de noapte și probleme emoționale și comportamentale (depresie, anxietate, gânduri și/sau el risc de sinucidere între adolescenți fără simptome de depresie, probleme performanţă academic). Asemenea EL Ha găsit cel/cea/cei/cele relaţie între o scurt fie durata prelungită a somnului cu afectarea funcționării în viața de zi cu zi, tendințe și atitudini violente, jaf, consumul de alcool sau droguri și probleme fizice (cel mai frecvent, oboseală, durere de cap, dureri de stomac sau de spate și o percepție mai proastă a stării de sănătate) [16,51,138-143] . Cel/Cea/Cei/Cele concluzie de unele studii este că cel/cea/cei/cele relaţie între el Relația dintre consumul și/sau abuzul de substanțe și problemele de somn la adolescenți este bidirecțională. Nu numai că abuzul de substanțe provoacă probleme de somn, dar uneori problemele de somn pot duce la abuz de substanțe . <sup> [144] </sup>

Următorul tabel (Tabelul 12) prezintă un rezumat al factorilor predispozanți, declanșatori și perpetuatori, precum și al problemelor/tulburărilor asociate cu insomnia pediatrică.

**Bord 12. Factori asociați către insomnie pediatric**

| | |
|---|---|
| Posibil factori factori predispozanți | |
| Dezvoltare neurologic | Întârziere în apariția proceselor de consolidare și reglare a somnului, respectiv , apar în timpul cel/cea/cei/cele primul ani de viaţă. |
| Posibil factori precipitanți și perpetuând | |
| Istorie familiar | În vederea o vârstnici prezenţă şi frecvenţă de simptome de insomnie între cel/cea/cei/cele părinţi Există o prezență și o frecvență mai mare a acestor simptome în rândul copiilor lor și invers. |
| Context familiar | Influenţa de:<br>• Modele familial în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele relaţii matern/filial fi conflictual.<br>• Tiparele de somn precare în familie influențează stilul parental și afectează funcționarea. Dezvoltarea psihologică a adolescenților și somnul lor.<br>• Dezorganizare şi destructurare familiar.<br>• Situații de stres familiar în general. |
| Igienă al/a/ale vis / Obiceiuri comportamental | • Atitudini prea mult permisiv fie strict atâta la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te ca în timpul trezirile noapte.<br>• Alăptarea prelungit ca inductor de vis.<br>• *„Colecho" reactiv".*<br>• Stagii de practică ca vedea televizor doar, vezi-o în cel/cea/cei/cele pat, cel/cea/cei/cele cantitate de timp că televizor acest pornit în acasă fie o expunere atâta activ ca pasiv la programe de adulți creșteri el riscul de probleme de somn, cu începutul și durata sa. |
| Probleme/tulburări asociate | |
| Angajare de substanțe | • Problemele de somn din copilărie pot crește riscul de angajare prematură substanțe precum alcoolul, tutunul și marijuana în adolescență.<br>• Cel/Cea/Cei/Cele relaţie între el consum Eu abuz de substanțe şi cel/cea/cei/cele probleme de vis în cel/cea/cei/cele adolescenți- cenți este Bidirecțional. Nu numai el abuz de substanțe cauze probleme de vis dar că la Uneori, aceștia sunt factorii care pot duce la abuzul acestor substanțe. |
| Comportament | • Cel/Cea/Cei/Cele probleme de vis în vârste devreme ei pot fi o indicator de cel/cea/cei/cele existenţă. problemelor de comportament sau de atenție în adolescență.<br>• Tendințe şi atitudini violent, jaf, consum de alcool fie droguri. |
| Probleme emoţional | Asociații semnificativ între probleme de vis şi:<br>• simptome depresivi și de anxietate;<br>• gânduri Eu risc de sinucidere;<br>• erori cognitiv fie distorsiuni cognitiv (catastrofism) şi suprageneralizare);<br>• rău operațiune în cel/cea/cei/cele viaţă zilnic;<br>• probleme de performanţă academic. |
| Probleme fizic | Oboseală, durere de cap, de stomac fie spate şi mai rău percepţie al/a/ale stat de sănătate. |

- ***Caracteristici clinice și alte afecțiuni asociate:*** Funcții cognitiv abilități complexe, cum ar fi flexibilitatea cognitivă și capacitatea de a decide și gândi abstract, reglat de cortexul prefrontal, sunt deosebit de sensibili la efectele unei vis dezechilibrat, insuficient, Eu neregulat. Acest explică că în el Insomnia infantilă, atât tulburările de somn, cât și somnolența, pot fi asociate cu modificări de umor, de conduită, şi deteriorare de funcții cognitiv [16.145] .

Copiii cu insomnie prezintă simptome caracteristice. Sunt copii cu o atitudine *foarte trezeşte-te* că capta cu mare intensitate cel/cea/cei/cele fenomene că Sunt la al lui în jurul –anxietate, nesiguranță sau bun liniște şi securitate–. De obicei, ei să aibă un somn ușor în timpul căruia par neliniștiți, ca niște străjeri, și orice puţin zgomot cel/cea/cei/cele trezeşte-te. De obicei, ei fi copii iritabil în timpul el zi cu mare dependenţă spre cel/cea/cei/cele persoană că cel/cea/cei/cele ai grijă şi Da noi adăugăm toate cel/cea/cei/cele Numărul de minute pe care le dorm în 24 de ore este evident mai mic decât numărul normal de ore pentru vârsta lor de [15 ani] .

Există studii că spectacol ca cel/cea/cei/cele copii cu probleme de vis, despre Cei mai tineri, în special, sunt caracterizați de activitate fizică excesivă și iritabilitate. impulsiv şi EL distrage atenția fie împrăştia uşor, acesta că Ha purtat la Unii clinicieni au arătat asemănarea dintre aceste manifestări și simptomele tulburării de deficit de atenție cu hiperactivitate (ADHD); deși este posibil ca relațiile cauzale dintre problemele de somn și tulburările de comportament să fie reciproce. Alte simptome sunt legate de funcționarea cognitivă a copiilor și de atenția selectivă scăzută. vigilență și memorie și chiar creativitate verbală [125] .

Somnul insuficient are, de asemenea, efecte dăunătoare asupra sănătății și poate afecta către sistem cardiovascular, Sistemul imunitar şi metabolic, inclusiv metabolismul glucozei și funcția endocrină [16] . studii transversale internaționale spectacol că pare exista o asociere consecvent fie semnificativ între scurt durată al/a/ale vis şi el crește de cel/cea/cei/cele obezitate; deşi este dificil a stabili o inferență cauzal datorat la cel/cea/cei/cele lipsă de controla de unele factori Factori de confuzie [146-148] . Alții studii încheia asemenea că acest asociere depinde al/a/ale sex şi că printre bărbați poate întâlni o asociere proporţional verso mai departe puternic decât la fete [149] .

Rezistența la culcare este singurul comportament asociat în somn. cu cel/cea/cei/cele hiperactivitate fie cu probleme de conduită pentru copii, şi el model de Somnul prelungit (dormitul 9 sau mai multe ore în fiecare zi) apare mai frecvent la copiii cu ambele probleme [150] .

Recenziile literaturii de specialitate arată că, reducând timpul total de somn, orare neregulate în el dormi şi el trezeşte-te, el intinde-te târziu şi el Creşterea numărului de ore de somn, precum și calitatea slabă a somnului, sunt asociate cu performanțe școlare mai slabe. atât la copii, cât și la adolescenți. Eșecul școlar este adesea asociat cu somnolență diurnă, ațipire în clasă, dificultăți de atenție și performanțe școlare mai slabe [142,146,151,152] . Creșterea ratelor de somnolență diurnă în rândul adolescenților a fost evidențiată în diverse studii, deși această problemă tinde adesea să fie trecută cu vederea de către adolescenți înșiși, care nu sunt conștienți de existența și importanța sa [153] .

Alţii studii demonstra ca cel/cea/cei/cele existenţă de probleme de vis, în el primul an de viaţă -dificultăți pentru el stabilire al/a/ale vis şi treziri ture de noapte frecvent-, ei pot deveni în dificultăți comportamental în cel/cea/cei/cele vârstă preşcolar [154] . De asemenea cel/cea/cei/cele probleme de vis în timpul cel/cea/cei/cele adolescenţă reprezenta o factor de risc

important pentru a avea probleme de vis când EL este adult, încă după de ajustați alte variabile ca factori de condiționare membrii familiei, mediu şi personal [155].

- ***Criterii de diagnostic:*** Criteriile de diagnostic pentru insomnie sunt prezentate mai jos. conform cel/cea/cei/cele Clasificare Internaţional de cel/cea/cei/cele Tulburări al/a/ale Vis (ICSD-2) al AASM [26].

| Criterii diagnostice de igienă al/a/ale vis inadecvat |
|---|
| A. Cel/Cea/Cei/Cele simptome al/a/ale pacient Ei se conformează cel/cea/cei/cele criterii de insomnie*. |
| B. El insomnie acest prezent în timpul către Mai puțin o lună. |
| C. Sunt evident cel/cea/cei/cele practici de igienă al/a/ale vis inadecvat ca indică cel/cea/cei/cele prezenţă de către Mai puțin o de cel/cea/cei/cele următoarele: |
| i. Programa al/a/ale vis nepotrivit datorat la frecvent pui de somn ziua, variabilitate la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te fie scoală-te, fie excesiv timpul petrecut în pat. |
| ii. Utilizare rutină de produse că Acestea conțin alcool, nicotină fie cofeină, în special în el perioadă de timp că înainte de culcare |
| iii. Realizare de activități fizic, de stimulare mental fie emoțional tulburător prea mult în apropiere la cel/cea/cei/cele oră de dormi |
| iv. Utilizare frecvent de cel/cea/cei/cele pat pentru activități diferit către vis (de exemplu vedea cel/cea/cei/cele televiziune, citire, studiu, ciuguli, gândește, plan) |
| v. Întreţinere de o atmosferă pic confortabil pentru visul |
| D. Tulburarea de somn nu poate fi explicată mai bine prin prezența unei alte tulburări de somn, afecțiuni medicale sau tulburări. tulburări neurologice, mintale, utilizarea de medicamente sau consumul altor substanțe. |
| **Criterii diagnostice de insomnie comportamental în cel/cea/cei/cele copilărie** |
| A. Cel/Cea/Cei/Cele simptome al/a/ale copil Ei se conformează cel/cea/cei/cele criterii de insomnie*, bazată pe în cel/cea/cei/cele informaţii a contribuit de cel/cea/cei/cele părinţi sau alţii îngrijitori adulți. |
| B. El copil eşantion o model că constă, bun în o insomnie de asociații nepotrivit cu el început al/a/ale vis, fie bun al/a/ale tip al/a/ale de absență de granițe, descris la continuare. |
| i. El insomnie de început de asociații nepotrivit include cel/cea/cei/cele următoarele: |
| 1. Adormi este o proces prelungit că necesită unghii situații asociați anumit. |
| 2. Cel/Cea/Cei/Cele asociații cu el început al/a/ale vis sunt foarte reclamanți fie probleme |
| 3. În absență de cel/cea/cei/cele asociații nepotrivit, început al/a/ale vis EL întârzieri semnificativ fie el vis este de unele mod întrerupt |
| 4. Cel/Cea/Cei/Cele treziri ture de noapte necesită de cel/cea/cei/cele intervenții al/a/ale îngrijitor pentru că el copil întoarce-te la dormi |
| ii. El tip de absență de limite stabilit include fiecare unul de cel/cea/cei/cele următoarele: |
| 1. El individual are dificultate pentru început fie păstra visul |
| 2. El individual se dilată fie refuză merge la cel/cea/cei/cele pat în el programa potrivit fie respinge reveni la cel/cea/cei/cele pat după de o trezeşte-te noapte |
| 3. Îngrijitorul demonstrează o stabilire insuficientă sau inadecvată a limitelor pentru a stabili un comportament de somn adecvat la copil. |
| C. Tulburarea de somn nu poate fi explicată mai bine prin prezența unei alte tulburări de somn, afecțiuni medicale sau tulburări. tulburări neurologice, mintale, utilizarea de medicamente sau consumul altor substanțe. |

| *Criterii diagnostice insomnie |
|---|
| A. Există dificultate pentru început el vis, pentru obţine o vis continuu fie există o trezeşte-te dimineaţă înainte de cel/cea/cei/cele oră dorit. Asemenea poate manifesta ca o senzaţie de "vis Nu reparator" fie de rar calitate. În copii, el problemă de vis Este adesea descrisă de părinți sau îngrijitori și constă într-o rezistență la culcare sau o incapacitate de a se întinde . dormi de formă independent fie autonom. |
| B. El problemă al/a/ale vis există deşi cel/cea/cei/cele circumstanţă şi cel/cea/cei/cele şansă fi potrivit |
| C. Există către Mai puțin unul de cel/cea/cei/cele următorul simptome că reflecta cel/cea/cei/cele consecințe ziua de cel/cea/cei/cele probleme de vis ture de noapte: |
| i. Oboseală |
| ii. Pierderi de memorie, concentraţie fie Atenţie |
| iii. Probleme social fie rar performanţă şcoală |
| iv. Iritabilitate fie tulburări al/a/ale înveselește-te |
| v. Somnolenţă ziua |
| vi. Reducere de cel/cea/cei/cele motivație, energie fie iniţiativă |
| vii. Tendinţă la cel/cea/cei/cele erori fie accidente în el loc de post fie condus o auto viii. |
| Tensiune, dureri de cap, simptome gastrointestinale cauzate de privarea de somn |

Diagnosticul insomniei pediatrice este în principal clinic. dat fiind cel/cea/cei/cele studii ture de noapte de vis sunt util pentru exclude alte cauze de probleme de vis ca el SAHS, dar Nu pentru el diagnostic de Insomnie. Ei sunt foarte rar cel/cea/cei/cele unelte validat expres în acest populația din relaţie cu el insomnie, Da bun cel/cea/cei/cele agende/jurnale de vis ei pot a fi folosit ca unelte de ajuta pentru cel/cea/cei/cele evaluare general al/a/ale insomnie pediatric şi cel/cea/cei/cele evaluare de cel/cea/cei/cele evoluţie al/a/ale aceleași [101.116].

Opinie de experți 4

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el diagnostic al/a/ale insomnie**

| | |
|---|---|
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele realizare al/a/ale diagnostic EL baza fundamental în el aspect clinic şi cel/cea/cei/cele informaţii colectare de cel/cea/cei/cele familia în jurnalele de somn/jurnale [101,116]. |

**Recomandări despre el diagnostic al/a/ale insomnie**

| | |
|---|---|
| D. | El diagnostic trebuie să să fie efectuat fundamental la prin de cel/cea/cei/cele istorie clinic și la ori cu ajuta de cel/cea/cei/cele informaţii colecție de cel/cea/cei/cele familial în cel/cea/cei/cele agende/jurnale de vis. |

## Tratament

### Igienă al/a/ale vis

Măsurile de igienă a somnului cuprind o serie de obiceiuri comportamentale care facilitează instalarea sau menținerea somnului. Acestea includ o serie de recomandări pentru că cel/cea/cei/cele părinți -în el caz de copii- fie cel/cea/cei/cele propriu pacienți -în adolescenți- cu

probleme de insomnie mai adopta pentru că ei Ajutor la minimaliza cel/cea/cei/cele incidenţă problema lor și să promoveze un somn normal. Este vorba despre dobândirea unor obiceiuri mai bune, care sunt convenabile în stilul viața generală sau să-i schimbi pe cei care Se știe că interferează cu somnul.

Există puține dovezi privind eficacitatea utilizării igienei somnului în insomnia infantilă. În populația adultă, rezultatele publicat ei sunt de acord în a sublinia că cel/cea/cei/cele igienă al/a/ale vis de Da singur, nu este capabil de rezolva cel/cea/cei/cele picturi de insomnie cronic. De făcut, în lucrările publicate, De cele mai multe ori, aceste măsuri sunt utilizate ca adjuvante la alte intervenții terapeutice [156-160] .

GPC (RS) și ECA) 1++, 1+ RS de ECA 1++, 1+

Studii la populațiile adulte care compară igiena somnului ca monoterapie versus terapia combinată (igiena somnului plus controlul stimulilor sau mai multă relaxare sau mai multă restricție de timp) în pat), în ceea ce privește *eficiența somnului* , ei concluzionează că acest parametru se îmbunătățește odată cu terapia combinată [159,161] .

GPC (RS) și ECA) 1+ RS 1+

La adolescenți, există un studiu care descrie o intervenție educațională într-o populație cu vârste cuprinse între 15 și 18 ani. Programul include, pe lângă măsurile de igienă a somnului, Informații privind importanța și necesitatea somnului, dovedindu-se eficiente, în special la cei mai mici (cei sub 18 ani) și cu atât mai mult în rândul fetelor adolescente [162] .

ECA 1+

Măsuri de igienă a somnului, cum ar fi factorii care favorizează somnul optim, îngrijorare atâta la aspecte mediu (cel/cea/cei/cele temperatură, nivelul de zgomot, lumină ambientală), cum ar fi planificarea sau practicile somnului (programele de somn și ritualul de dinaintea somnului, respectiv), precum și aspectele fiziologice (el exercita, programa de mese, el angajare de cofeină) [101] .

Opinie de experți 4

Opinie de experți 4

Principiile unei igiene corecte a somnului în insomnia pediatrică sunt incluse în tabelul următor (Tabelul 13) [101] :

**Bord 13. Început de cel/cea/cei/cele igienă al/a/ale vis pentru el insomnie**

1. Levantarse y acostarse todos los días, aproximadamente a la misma hora. Con una ligera variación de no más de una hora entre los días de colegio y los que no lo hay.
2. En los niños hay que adaptar las siestas a su edad y necesidades de desarrollo. En los adolescentes, hay que evitar las siestas durante el día.
3. Establecer una rutina presueño (20-30 minutos antes) constante.
4. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz).
5. Evitar comidas copiosas antes de acostarse.
6. Evitar el consumo de alcohol, cafeína y tabaco.
7. Evitar actividades estresantes en las horas previas de acostarse.
8. Evitar la utilización de aparatos electrónicos (televisión, ordenadores, móviles) dentro del dormitorio.
9. Realizar ejercicio físico diariamente aunque nunca inmediatamente antes de acostarse.
10. Pasar algún tiempo al aire libre todos los días.

În el Expoziţie 8 EL se extinde cel/cea/cei/cele informaţii pentru cel/cea/cei/cele pacienți despre sunt măsuri.

### Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament cu măsuri de igienă al/a/ale vis în insomnie

| | |
|---|---|
| 1++, 1+ | Nu există suficiente dovezi privind eficacitatea igienei somnului în tratarea insomniei infantile. În populația adultă, dovezile indică faptul că măsurile de igienă a somnului nu sunt capabile să rezolve insomnia cronică [156-160]. |
| 1++, 1+ | Cel/Cea/Cei/Cele măsuri de igienă al/a/ale vis de obicei fi folosit ca adjuvanți de alte intervenții terapeutic [156-160]. |
| 1+ | La adolescenți, Programe educaționale care includ măsuri de igienă a somnului, pe lângă informațiile despre Importanța și necesitatea somnului s-au dovedit a fi eficiente [162]. |
| 4 | Măsurile de igienă al/a/ale vis, ca și cum factori că promova o vis optim, preocupare atâta la aspecte mediu (cel/cea/cei/cele temperatură, nivelul de zgomot, aprinde mediu), cum ar fi de planificare fie practici de vis (programe de vis şi ritual Visez, respectiv), astfel ca la aspecte fiziologic (el exerciții fizice, program de mese, la angajare de cofeină) [101]. |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele început de o igienă al/a/ale vis potrivit în el insomnie pediatric EL include în cel/cea/cei/cele bord 13 [101]. |

### Recomandări despre el tratament cu măsuri de igienă al/a/ale vis în el insomnie

| | |
|---|---|
| C. | Se recomandă intervenții educaționale care includ măsuri de igienă a somnului, pe lângă informații despre importanța și necesitatea somnului (vezi anexele 8 și 9). |

### Intervenții psihologic

Intervențiile psihologice în tratamentul insomniei s-au concentrat în principal pe în tehnici psihologic de tip comportamental, singur fie combinate între Da.

*Terapia comportamentală* privește simptomele ca modele de comportament maladaptative învățate și își propune să le corecteze prin diferite abordări. aceste tehnici de intervenție. Principalul obiectiv al *tehnicilor comportamentale* aplicate în tratamentul insomniei este de a modifica comportamentele învățate și cogniţiile legate de somn care perpetuează sau exacerbează tulburările de somn. Cu toate acestea, în ciuda acestor avantaje, persistă o oarecare lipsă de cunoștințe cu privire la Acest tip de tratament. În plus, terapiile comportamentale pentru abordarea insomniei sunt adesea subutilizate în asistența medicală primară și, în acest sens, se spune că sunt subutilizate [163].

Următorul tabel (Tabelul 14) descrie cele mai frecvent utilizate intervenții de terapie comportamentală în el tratament al/a/ale *insomnie comportamental în cel/cea/cei/cele copilărie.*

**Bord 14. Descriere de tehnici comportamental folosit pentru el tratament al/a/ale insomnie comportamental în copilărie [101,117]**

| Intervenţie | Descriere |
|---|---|
| Extincţie standard | • Intervenţie menite să elimine comportamentele nedorite la copil înainte de culcare, cât despre exemplu strigăte şi istericale, eliminarea el rapel că cel/cea/cei/cele menține (Atenţie fie excesiv impli- implicarea părinților în procesul de inițiere a somnului).<br>• Asta înseamnă că părinții pun copilul la culcare la ora potrivită, după ce am îndeplinit cu el ritual presupun stabilit şi când acest încă treaz, ignorând orice cerere mai târziu de Atenţie până cel/cea/cei/cele mâine următorul, cu excepţia aceste situații că impli- care se află în pericol sau în boala copilului. |
| Extincţie treptat | • Se bazează pe același raționament care justifică succesul extincției standard: retragerea de cel/cea/cei/cele excesiv implicare/participare de cel/cea/cei/cele părinţi în el proces de început al/a/ale vis, dar mai gradual, deoarece permite intervenția lor la intervale de timp predeterminate. terminat.<br>• Părinții l-au pus pe copil în pat cât timp este încă treaz, la momentul potrivit, având compliment cu el ritual Visez, pentru ignora lor cereri de Atenţie la intervale treptat şi progresiv mai departe lung (de de exemplu, având în cont cel/cea/cei/cele caracteristici de vârstă şi temperament al/a/ale copil şi asemenea al/a/ale strămoș, ÎNCEPE așteptând 1, 3 fie 5 minute înainte de a interveni pentru a merge creștere progresiv că interval de timp în succesiv intervenții la 5, 10 minute) sau la intervale fixe (întotdeauna la fiecare 5 sau 10 minute).<br>• Cel/Cea/Cei/Cele Intervenția vizează, de asemenea, eliminarea comportamentelor nedorite, sporește autocontrolul al/a/ale copil, favorizând şi facilitarea el dezvoltare de abilități că tu permite *auto-calmare* . |
| Ritual presupun | • EL încredere în el controla de stimuli ca el major agent pentru el schimba de conduită.<br>• EL urmărește reduce excitația, atât emoționale, cât și fiziologice, care o anticipează - debutul somnului și condițiile înconjurătoare care l-ar putea provoca.<br>• EL consolida cel/cea/cei/cele comportamente adecvat, pentru că magazin la crește şi EL ignora cel/cea/cei/cele comportamente nepotrivit, pentru că magazin la reduce.<br>• Aceasta implică faptul că părinții stabilesc o rutină, cu activități plăcute și calmante aproape de ora de culcare, care încurajează copilul să adoarmă singur fără asocieri nedorite. |
| Întârziere de cel/cea/cei/cele oră de intinde-te | • Implică întârziere temporar cel/cea/cei/cele oră de intinde-te al/a/ale copil pentru că meci cu el timpul de început real al/a/ale vis.<br>• Rață cel/cea/cei/cele cerinţă pentru cel/cea/cei/cele părinţi de scoală-te către copil de cel/cea/cei/cele pat Da Nu EL ajunge el început de vis interior de o timp anumit. |
| Treziri programat | • Implică știu el model obișnuit de treziri spontan al/a/ale copil în timpul cel/cea/cei/cele seară.<br>• Prin înregistrarea prealabilă a momentelor în care au loc trezirile spontane, părinţi, preventiv, Ei trezesc copilul cu 15 și 30 de minute înainte de fiecare dintre aceste, performanță cel/cea/cei/cele intervenții obișnuit (hrănire, calm), crescând progresiv vamente perioada de timp dintre trezirile programate. |
| Educaţie de cel/cea/cei/cele părinți/ prevenție | • Dezvoltare de programe de educaţie la cel/cea/cei/cele părinţi că include informaţii despre acesta că este normal şi necesitate așteaptă, despre început elemente de bază al/a/ale învăţare, că încorpora intervenţie- tulburări cognitiv-comportamentale (de exemplu, menite să le îmbunătățească gestionarea anxietății, *vină* fie așteptări eronat) pentru a preveni cel/cea/cei/cele aspect şi dezvoltare de probleme al/a/ale Visez la copiii mei.<br>• El scop este stabili obiceiuri pozitiv al/a/ale vis şi evita Aşa cel/cea/cei/cele aspect de asociații inadecvat. |

Există mai multe recenzii că evalua cel/cea/cei/cele eficacitate de intervenții comportamental, ca tratament de alegere pentru el insomnie comportamental în copilărie . Tehnicile sunt: extincția standard, extincția treptată, educația cel/cea/cei/cele părinți/prevenire, întârziere de cel/cea/cei/cele oră de intinde-te cu ritual pre-somn și treziri programate. Concluzia este că aceste intervenții demonstrează lui eficacitate în cel/cea/cei/cele reducere de cel/cea/cei/cele rezistență la cel/cea/cei/cele oră de culcarea și trezirile nocturne, precum și în îmbunătățirea funcționării în timpul zilei de cel/cea/cei/cele copii şi el bunăstare de cel/cea/cei/cele părinți [16.117.164.165] .

Printre diferitele intervenții comportamentale, extincția standard este cel/cea/cei/cele că EL demonstrează ca mai departe eficient, urmat de cel/cea/cei/cele educaţie de cel/cea/cei/cele părinţi. Tu ei continuă cel/cea/cei/cele extincţie treptat, el întârziere de cel/cea/cei/cele oră de intinde-te împreună cu ritualul de dinainte de somn și trezirile programate [16.117] .

Între cel/cea/cei/cele două băieți de extincţie desemnat, cel/cea/cei/cele extincţie treptat, la ușor numit ca „cel/cea/cei/cele educaţie de vis", este cel/cea/cei/cele că cont cu o acceptare mai mare de parte de cel/cea/cei/cele părinţi. Cel/Cea/Cei/Cele extincţie standard, datorat la recomanda cel/cea/cei/cele Nu prezenţă de cel/cea/cei/cele părinţi la cântărește de cel/cea/cei/cele cereri al/a/ale copil, face că acceptare de parte de cel/cea/cei/cele părinţi fi minor [117.165.166] . El grup de lucrul consideră potrivit el aprecia cel/cea/cei/cele toleranţă de cel/cea/cei/cele părinţi înainte de recomanda cel/cea/cei/cele tehnică de extincţie treptat. În el Expoziţie 12 EL include o serie de întrebări că ei pot Ajutor de formă indicativ către profesional la aprecia dacă părinţi ei vor putea transporta la pelerină cel/cea/cei/cele instrucţiuni de cel/cea/cei/cele citat tehnica [167] .

Acesta aceleaşi se întâmplă cu cel/cea/cei/cele treziri programat. Cel/Cea/Cei/Cele studii Ei sugerează că este o tehnică mai puțin acceptată de părinți, și care ar putea fi, de asemenea, mai puțin util acelorași copii [117] .

Intervenția combinată de amânare a orei de culcare împreună cu ritualul premergător somnului s-a dovedit a fi eficientă și bine primită. Acestea se bazează în tehnici de controla de stimuli, şi EL ei/ele direcționează la reduce cel/cea/cei/cele activare emoțională și fiziologică la ora de culcare [117] .

Cel/Cea/Cei/Cele programe bazat în cel/cea/cei/cele educaţie de cel/cea/cei/cele părinți/prevenire include o combinaţie de informaţii despre rutine (obiceiuri) de vis, orare de vis, şi cel/cea/cei/cele achiziţie de abilități de control de sine pentru că el copil calma, regizat în mare parte la dezvolta obiceiuri de vis pozitiv.

Există programe de educație parentală care au avut ca scop prevenirea problemelor de somn în perioada prenatală sau în primele 6 luni de viață. Acestea sunt strategii axate pe modele de prevenție, mai degrabă decât pe modele de intervenție, bazate pe informații și îndrumări privind o igienă bună a somnului, atât oral, cât și în scris, și chiar și cu asistență telefonică, şi regizat despre toate la femei că Sfârşit de fi mame.

Copiii din grupurile de intervenție au mai puține treziri nocturne . şi cel/cea/cei/cele lungime de lor perioade de vis sunt mai departe lung că cei care se aflau în grupurile de control. Sunt necesari, Totuși, mai mult ECA cu vârstnici dimensiune eşantion că evalua cel/cea/cei/cele utilizare de Aceste programe de prevenție [16.168] .

RS de ECA 1++ RS de ECA 1+

Recenzii de diferite băieți de studii 1+,1-,
23 de ani

Recenzii de diferite tipuri de studii 1+,
1-, 2+, 3

RS de ECA 1+

Recenzii de diferite băieți de studii 1+,1-,
2+, 3

Studii înainte și după 3

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

ECA 1+

Modelele bazate pe educația parentală se concentrează pe programe de intervenție concrete atunci când problema somnului există de mai mult de 6 luni. Formatul tratamentului variază în funcție de studii, de la includerea unor ședințe individuale la ședințe prin grup sau prin administrarea de pliante informative educaționale în vis [16.117].

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

În orice caz şi indiferent al/a/ale tip de program că este folosit sunt mai multe cel/cea/cei/cele studii că ei au revizuit cel/cea/cei/cele beneficii în în ceea ce privește raportul cost-eficiență al implementării acestui tip de intervenție. Cu toate acestea , Sunt necesare studii suplimentare privind cost-eficiența pentru a evalua diferitele programe de educație parentală.

Deși diverse intervenții comportamentale s-au dovedit eficiente în tratarea insomniei, Există o tendință clară în rândul profesioniștilor de a implementa combinarea a două sau mai multe tehnici, în acesta că EL întâlni ca *program de intervenţie multicomponentă* . În plus, În unele cazuri · se pregătește un program personalizat în funcție de caracteristicile individuale ale unui anumit copil sau ale unei anumite familii.169 Prin urmare, există foarte puține studii care compară direct diferitele terapii, iar cele care o fac nu au constatat diferențe apreciabile pe termen lung în ceea ce privește eficacitatea. Nu există suficiente studii pentru a recomanda utilizarea unei singure terapii față de celelalte. De asemenea, există suficiente dovezi pentru a recomanda superioritatea unei combinații de tehnici față de utilizarea unei singure tehnici. Concluzia unor recenzii este că alegerea intervenției psihologice trebuie să se bazeze pe preferințele și circumstanțele fiecărei familii în parte. deoarece este ceva ce le va afecta bunăstarea și capacitatea de a respecta tratamentul ales [16,117,165].

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

Studii de cazuri 3

Nu este obișnuit să se aplice o singură tehnică comportamentală și, prin urmare, este dificil să se măsoare eficacitatea relativă a diferitelor intervenții. Există unele dovezi că extincția standard poate produce o îmbunătățire mai rapidă decât trezirile programate [16].

Da există studii că ei au evaluat diferențe în cel/cea/cei/cele rezultate în funcție de modul în care intervențiile sunt prezentate părinților. În unele cazuri, se furnizează doar informații scrise, în timp ce în altele, intervențiile sunt implementate prin contact direct între terapeut și părinți, fie într-o consultație, cu asistență telefonică, fie în ambele cazuri. În toate cazurile, Copiii și-au rezolvat problemele cu somnul, Nu s-au constatat diferențe semnificative în rezultate. Se pare că este vorba de conținut, mai degrabă decât de formă. de livrare, cea care poate prezice eficacitatea intervenției. Este de- Totuși, atunci când se constată unele diferențe, acestea se datorează altor factori, cum ar fi cronicitatea simptomelor, gravitaţie, sănătate mintală și abilități parentale, precum și calitatea și conținutul intervențiilor [16,165,170].

RS de ECA 1+

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

ECA 1+/1-

Nu există dovezi despre cel/cea/cei/cele durată optim al/a/ale tratament psihologic , deoarece cel/cea/cei/cele durată de cel/cea/cei/cele intervenții variază mult între cel/cea/cei/cele studii publicate şi Nu EL comparaţie programe structurat de tratament că au durate diferit. Cel/Cea/Cei/Cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele intervenții EL ei fac în o termen de timp că oscilează între 2 săptămâni şi 2 luni. Cel/Cea/Cei/Cele Concluziile sugerează că, chiar și cu intervenții relativ scurte, de la unu la trei sesiuni, EL obţine bun eficacitate. EL Ei au nevoie mai departe studii pentru a evalua valoarea programelor de tratament mai lungi în ceea ce privește efectele pe termen scurt versus cele pe termen lung [16,117,165].

RS de ECA 1+

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 1-, 2+, 3

Opinie de experți 4

Există unele autori că ia în considerare că cu cel/cea/cei/cele tehnici de extincție, la încordare că EL tu induce către copil de Nu participa imediat la lui cerere poate cauza daune în lui dezvoltare cerebral şi în lor capacități emoționale de reglare . Totuși, Dovezile găsite evidențiază faptul că concluziile se bazează pe studii care explorează modele de stres la animale și nu pe studii experimentale cu părinți și copii [171].

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

Totuși, în studiile care au explorat direct acest subiect, Nu EL Ha identificat cel/cea/cei/cele aspect de efecte secundar cu cel/cea/cei/cele miză în programe comportamentale. Către contrar, cel/cea/cei/cele copii că Cei care au participat la acest tip de intervenție s-au simțit mai în siguranță, mai puțin iritabil şi ei au avut *Mai puțin istericale* după al/a/ale studiu, evidențierea chiar și părinţi el efect pozitiv în el comportament zi al/a/ale copil. Niciunul EL găsit nici unul efect în cel/cea/cei/cele practici fie fotografii zilnic de cel/cea/cei/cele copii care au fost alăptați [16].

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

RS 1+

Nu există multe studii care să raporteze eficacitatea pe termen lung a acestui tip de tratament. Cele care o fac constată că intervențiile au dat rezultate bune. comportamental EL menţine atâta la scurt (Mai puțin de 6 luni), mediu (între 6-12 luni), ca la lung termen (în continuare de 12 luni). Acesta că oferă o important avantaj când există comparaţie de cel/cea/cei/cele intervenții psihologic cu cel/cea/cei/cele farmacologic. În figuri, cu cel/cea/cei/cele studii revizuit Se concluzionează că aproximativ 82% dintre copii beneficiază, iar aceștia EL menţine de 3 la 6 luni. Fără embargo, cel/cea/cei/cele studii că Cei care efectuează urmărire după un an de la finalizarea intervenției sunt foarte puțini [16,120,165].

Studiu descriptiv 3

Studiu descriptiv 3

Multe copii că prezent probleme de vis ture de noapte De asemenea, ei prezintă similar probleme cu cel/cea/cei/cele perioade de vis în timpul zilei. Există studii că ei au investigat despre care trebuie să fi cel/cea/cei/cele durată şi cel/cea/cei/cele frecvență adecvată de cel/cea/cei/cele perioade de veghe în timpul el zi pentru că EL Am realizat o îmbunătăţire al/a/ale vis atâta ziua ca noapte. Cel/Cea/Cei/Cele concluzii sunt că Da Se realizează reglarea somnului în timpul zilei, ceea ce va avea un impact pozitiv noaptea. În afară de pare că este mai departe uşor a realiza o standardizare al/a/ale somnul din timpul zilei, prin intervenții comportamental, deja că EL cauza Mai puțin suferință emoțională atât pentru părinți, cât și pentru copiii lor [172].

Intervențiile comportamentale la copii duc, de asemenea, la o îmbunătățire a stării de bine a părinților. Unele studii au evaluat măsurile de rezultat ca state de starea de spirit, stresul fie satisfacţie matrimonial şi, în cazul mamelor, simptome de depresie. După intervenție, Părinții au demonstrat o îmbunătățire rapidă a sănătății lor mintale generale, cu o dispoziție îmbunătățită, o oboseală redusă și o calitate a somnului mai bună, precum și o reducere a simptomelor depresiei [16,165,173,174] .

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3
RS 1+
Studiu descriptiv 3
ECA 1+

Există un studiu clinic randomizat (RCT) care extinde evaluarea eficacității tratamentului psihologic până ajunge la analiza el cost că presupune acest tip de intervenții. EL comparaţie cel/cea/cei/cele utilizare de strategii comportamental cu respect la o grup controla fără cel/cea/cei/cele utilizare de a spus tehnici. EL Rețineți că în el grup de intervenţie EL reduce el număr şi el timp jumătate din consultări, care persistă chiar și până la 4 luni după intervenție , cu economiile aferente de resurse pentru sistemul de sănătate. În termeni monetar, cel/cea/cei/cele costuri mass-media în el grup de intervenţie cu care se confruntă grup controla erau de 96,93 livre (DS) 249,37) frunte la 116,79 livre (DS) 330,31), respectiv (diferenţă de șosete -19,44 livre (95% IC –83,70 până la 44,81), p = 0,55). Autorii concluzionează, de asemenea, că intervențiile comportamentale sunt fezabile și viabile în asistența medicală primară și reduc, de asemenea, nevoia părinților de a accesa alte surse de ajutor profesional [174] .

ECA 1+

Cel/Cea/Cei/Cele studii că evalua cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele terapie comportamental cu care se confruntă medicament sunt mai departe rar încă. Există ECA în cel/cea/cei/cele că EL comparaţie extincţie combinate bun cu o antihistaminic sedativ, ca cel/cea/cei/cele trime-prazină (alimemazina), fie cu placebo. În cel/cea/cei/cele grupuri că primi Cu medicamente , se obțin rezultate mai bune în ceea ce privește reducerea stresului din copilărie sau a trezirilor nocturne; Totuși, această îmbunătățire se diminuează ușor odată cu întreruperea administrării medicamentului. nu s-au găsit diferențe semnificativ între cel/cea/cei/cele diferit intervenții după al/a/ale urmare. Aceste rezultate sunt similar la cel/cea/cei/cele găsit în studii cu adulți, că spectacol o răspuns mai departe rapid când cel/cea/cei/cele tratamente farmacologic sunt combinate cu intervenții comportamental [16.165.175] .

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3
RS 1+
Studiu descriptiv 3

**Adolescenţă**

LA măsură că cel/cea/cei/cele copii crește cel/cea/cei/cele etiologie de cel/cea/cei/cele probleme de vis EL face mai departe complex, iar intervențiile terapeutice sunt mai similare cu cele utilizate la adulți. Tratamentul se concentrează acum pe reducerea activării fiziologice excesive, care poate avea o componentă biologică, dar care apare adesea ca o răspuns în vederea o proces de stres fie anxietate fie acest înrudit cu cogniții negative asociate cu somnul care sporesc teama de a dormi prost și astfel mențin insomnia, la fel cum se întâmplă și la adulți [135,176] .

Există unele intervenții educațional că EL ei/ele performează cu el obiectivul obţine că cel/cea/cei/cele adolescenți îmbunătăţi lui cunoştinţe despre el rolul vis în cel/cea/cei/cele sănătate de cel/cea/cei/cele indivizi. Cel/Cea/Cei/Cele concluzii obținut, cu acest

ECA 1+

tip de studii, sunt că cel/cea/cei/cele tineri spectacol atitudini pozitiv spre programele educațional că descrie el vis, cel/cea/cei/cele somnolenţă şi lui influență în el operațiune zi şi că sunt intervenții necesitate fi recomandat pentru a îmbunătăți informațiile și a ajuta la corectarea oricăror concepții greșite despre ciclul somnului și problemele acestuia [162].

Printre intervențiile care pot fi eficiente pentru tratamentul insomniei la adolescenți se numără controlul stimulilor, igiena vis şi cel/cea/cei/cele restructurare cognitive. În cel/cea/cei/cele următorul bord EL Acestea descriu tehnicile comportamentale citate (Tabelul 15) [176]. GPC (RS) și ECA) 1++, 1+

**Tabelul 15. Descrierea tehnicilor comportamentale utilizate pentru tratamentul insomniei la adolescenți [177-180]**

| Intervenţie | Descriere |
|---|---|
| Controla de stimuli | • Pe baza principiilor condiționării clasice, Încearcă să asocieze utilizarea cel/cea/cei/cele pat cu el vis.<br>• Obiectivul principal este de a reasocia dormitorul cu o începere rapidă a somnului.<br>• Da EL fix cel/cea/cei/cele oră de trezeşte-te, EL stabilizează el ritm de somn - stare de veghe.<br>• EL obţine restricționare aceste activități că Ei servesc ca semne a rămâne treaz. |
| Restructurarea cognitivă | • El scop este înlocui gânduri iraţional fie distorsionat de alţii mai departe raţional. El post EL structura în o model de antrenament în abilitate- de, pentru Ajutor la cel/cea/cei/cele pacienți la dezvolta cel/cea/cei/cele abilitate de identifica cel/cea/cei/cele stilou- gânduri maladaptative (gânduri care distorsionează realitatea sau o reflectă) parțial și care tind să genereze emoții nepotrivite situației), comparați-le cu realitatea și dezactivați-le sau înlocuiți-le cu altele alternative care te vor ajuta să vezi realitatea într-un mod mai obiectiv.<br>• Folosit pentru a identifica credințele, atitudini, așteptări și atribuții funcţional că o persoană poate a avea despre el vis, şi poate restructurare - şi înlocuiește-le de alte cu mai departe valoare adaptiv.<br>• Pe termen lung, poate fi folosit pentru a depăși toate preocupările menționate. către vis şi elimina cel/cea/cei/cele anxietate asociat cu cel/cea/cei/cele rău calitate şi cantitate al/a/ale somnolență sau incapacitatea de a adormi. |

Cel/Cea/Cei/Cele tehnică de controla de stimuli acest bazat în cel/cea/cei/cele început al/a/ale condiționare clasic şi tratează de asociat el utilizare de cel/cea/cei/cele pat cu el vis. Obiectivul major este el de reveni la asociat el dormitor cu o pornire rapidă al/a/ale vis. EL obţine restricționare aceste activități că servi drept semne pentru păstra treaz. Pentru multe adolescenți cel/cea/cei/cele Ora de culcare și patul în sine pot da naștere la activități care sunt incompatibil cu el dormi: vedea cel/cea/cei/cele televiziune, citire, mânca, cred în preocupările zilnic şi plan cel/cea/cei/cele activități al/a/ale zi urmând. EL Dan astfel condiții pentru şedere nedormit, mai departe că pentru dormi. El controlul stimuli constă în o serie de instrucţiuni proiectat pentru: stabilizează ritm de ciclul somn-veghe, consolida cel/cea/cei/cele pat şi el dormitor ca semne a dormi şi limită aceste activități că aș putea interfera fie sunt incompatibilitate

probleme cu el vis. EL utilizare cel/cea/cei/cele aceleaşi început atâta Da EL are dificultăți de adormire, precum și treziri nocturne.

Cel/Cea/Cei/Cele măsuri de igienă al/a/ale vis colecta o serie de recomandări că cel/cea/cei/cele oameni cu probleme de insomnie ei pot adopta pentru că ajută- i la minimaliza cel/cea/cei/cele incidenţă de lui problemă şi favoare o vis normal.

Obiceiurile precare de igienă a somnului sunt o problemă frecventă în rândul Adolescenți. Utilizarea substanțelor care interferează cu somnul – alcool, cofeină, nicotină și droguri–, Utilizarea neregulată a siestei de zi, petrecerea mai mult timp în pat decât este necesar, tiparele neregulate de somn-veghe, exercițiile fizice sau activitățile stresante înainte de culcare și condițiile de mediu precare - temperatură, ventilație, zgomot, lumină - se numără printre cele mai frecvente probleme de somn. Scopul măsurilor de igienă a somnului este de a dezvolta obiceiuri mai bune. că sunt de acord către stil de viaţă general fie de schimba aceste despre care se știe că interferează cu somnul.

Cel/Cea/Cei/Cele restructurare cognitiv EL utilizări pentru identifica cel/cea/cei/cele credințe, atitudini, așteptări şi atribuiri disfuncțional că o persoană Poți avea ceva de-a face cu somnul și poți să le restructurezi și să le înlocuiești cu altele care au o valoare mai adaptativă. Adolescenții suferă adesea de insomnie, la fel ca adulții, Au gânduri și convingeri care trebuie puse la îndoială deoarece Nu favoare cel/cea/cei/cele conciliere al/a/ale vis. Exemple de aceste idei sunt ia în considerare că dormi este pierde el timp, subestima cel/cea/cei/cele consecințe de a avea vis despre el performanţă jurnal, cred că Da el visul este fiecare timp mai rău Nu există nimic că EL mai do pentru rezolvă-o, că alcool şi alte substanțe sunt o soluţie bun pentru elimina cel/cea/cei/cele probleme de somn, sau că după o noapte de somn prost e mai bine să rămâi în acasă, fără merge la clasă şi Anula toate cel/cea/cei/cele activități [181] anticipate . Restructurarea cognitivă pe termen lung poate fi utilizată pentru a depăși toate cel/cea/cei/cele preocupări menționat către vis şi elimina cel/cea/cei/cele anxietate asociat cu cel/cea/cei/cele rău calitate şi cantitate al/a/ale vis fie cel/cea/cei/cele incapacitate de Adormirea. Este vorba despre înlocuirea gândurilor iraționale sau distorsionate cu unele mai raționale. raţional. El post EL structura în o model de antrenament în competențe, pentru Ajutor la cel/cea/cei/cele pacienți la dezvolta cel/cea/cei/cele abilitate de identifica cel/cea/cei/cele gânduri Nu adaptiv (gânduri că denatura realitate fie cel/cea/cei/cele reflecta parţial şi că tinde la origine emoții (nu sunt potrivite situației), contrastați-le cu realitatea și dezactivați-le sau schimbați-le cu altele alternative care vor ajuta la perceperea realității într-un mod mai obiectiv. ECA 1+

Există o ECA că valoare cel/cea/cei/cele eficacitate de sunt intervenții în o Program de educație și gestionare a somnului pentru studenții din primul an de universitate. Constă într-o prezentare orală de treizeci de minute și distribuirea de broșuri. că include îndrumări despre igienă al/a/ale vis, instrucţiuni controla de stimul şi informaţii despre el consum de substanțe ca cafeină , Aşa ca o scurt rezumat că descrie el impact că cel/cea/cei/cele problemă-

mai departe de vis ei pot a avea despre el umor şi el operaţiune academic. Cel/Cea/Cei/Cele concluzii că EL ei obţin este că cu acest tip de intervenţii, Problemele de insomnie pot fi reduse semnificativ şi somnul poate fi îmbunătăţit obiceiuri de vis. EL observa o reducere semnificativ de cel/cea/cei/cele latenţa somnul şi numărul de treziri nocturne. Deşi poate fi dificil să se reducă variabilitatea existentă între programul de somn în timpul săptămânii şi Sfârşit de săptămână, cel/cea/cei/cele rezultate obţinut EL traduce în o îmbunătăţire de calitatea generală a somnului [182].

Un alt studiu clinic randomizat (RCT) evaluează utilizarea unei proceduri structurate de soluţie de probleme în studenţi cu probleme de insomnie cauzată de a avea tendinţă la rumega lor probleme la cel/cea/cei/cele oră de merge la dormi şi, prin urmare , incapacitatea de a adormi. Intervenţia psihologică reduce semnificativ , în el grup de intervenţie, cel/cea/cei/cele activare cognitiv înainte de somn, în raport cu grupul de control [183]. ECA 1+

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament cu intervenţii psihologic în el insomnie**

| | |
|---|---|
| 1++, 1+, 1- , 2+, 3 | Terapia comportamentală (BT) este eficientă în tratarea insomniei în copilărie şi adolescenţă, deoarece reduce rezistenţă la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te şi cel/cea/cei/cele treziri noapte, îmbunătăţire el operaţiune zi de cel/cea/cei/cele copii şi el bunăstare ale părinţilor [16.117.164.165]. |
| 1+, 1- , 2+,3 | Cel/Cea/Cei/Cele intervenţii din TC mai departe eficient sunt cel/cea/cei/cele extincţie standard, urmat de cel/cea/cei/cele educaţie de cel/cea/cei/cele Părinţi/Prevenire. Da- guen cel/cea/cei/cele extincţie treptat, el întârziere de cel/cea/cei/cele oră de intinde-te împreună cu el ritual presupun şi cel/cea/cei/cele treziri [16.117] programate . |
| 1+, 1- , 2+,3 | Cel/Cea/Cei/Cele extincţie standard şi cel/cea/cei/cele treziri programat sunt cel/cea/cei/cele că Mai puţin acceptare a avea de parte de cel/cea/cei/cele părinţi şi de ei pot asemenea a avea Mai puţin utilitate pentru cel/cea/cei/cele aceleaşi copii [117.165.166]. |
| 1+, 2+, 3 | Combinaţia dintre amânarea orei de culcare şi ritualul premergător somnului, menită să reducă atât activarea emoţională, ca practică fiziologică înainte de culcare, şi-au demonstrat eficacitatea şi acceptarea [117]. |
| 1+, 2+, 3 | Deşi se sugerează că programele de educaţie/prevenţie parentală ar putea fi cele mai rentabile intervenţii Pentru a fi eficiente, sunt necesare studii suplimentare privind cost-eficienţa pentru a evalua diferitele programe existente [16,117]. |
| 1+, 2+, 3 | Profesioniştii implementează adesea o combinaţie de două sau mai multe tehnici – *un program de intervenţie cu mai multe componente. vorbitor* –, şi uneori folosesc programe personalizate bazate pe caracteristicile individuale ale copilului sau familiei. Nu există studii suficient pentru recomanda cel/cea/cei/cele utilizare de o terapie singur frunte la cel/cea/cei/cele Şi restul. Nici. există suficient dovezi să recomande superioritatea unei combinaţii de tehnici faţă de utilizarea unei singure tehnici [16,117,165,169]. |
| 1+, 1- , 2+, 3 | Nu EL ei au găsit diferenţe semnificativ în cât costă la cel/cea/cei/cele îmbunătăţire al/a/ale vis conform cel/cea/cei/cele formă în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele intervenţii sunt prezentat părinţilor (în scris sau prin contact direct între terapeut şi părinţi, bun la consultare, telefon sau ambele). Cel/Cea/Cei/Cele calitate şi el conţinut de cel/cea/cei/cele intervenţii, mai multe că cel/cea/cei/cele formă de livrare, este acesta că poate prezice cel/cea/cei/cele eficacitatea intervenţiei [16.165.170]. |
| 1+, 1- , 2+, 3 | Nu există dovezi despre cel/cea/cei/cele durată optim al/a/ale tratament psihologic. Cel/Cea/Cei/Cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele intervenţii EL ei/ele performează în o termen de timp că oscilează între 2 săptămâni şi 2 luni. Cel/Cea/Cei/Cele concluzii sugerează că chiar cu intervenţii relativ- minte scurt, de 1 la 3 sesiuni EL obţine bun eficacitate. EL Ei au nevoie mai departe studii pentru evalua el valoare de programe tratament mai lung în ceea ce priveşte efectele pe termen scurt versus lung [16,117,165]. |
| 1+, 2+, 3 | Nu au fost identificate efecte secundare în participarea la programe comportamentale. Dimpotrivă, copii că a participat în acest tip de intervenţii EL au găsit mai departe asigurare, mai puţin iritabil şi ei au avut *Mai puţin istericale* După studiu, chiar şi părinţii au evidenţiat efectul pozitiv asupra comportamentului diurn al copilului [16]. |
| 1+, 2+, 3 | Eficacitatea obţinută cu intervenţiile comportamentale se menţine pe termen scurt (mai puţin de 6 luni), pe termen mediu (între 6-12 luni), ca la lung termen (în continuare 12 luni). Aproximativ 82% dintre copii beneficiază, iar aceste beneficii sunt menţine de 3 la 6 luni. Fără embargo, EL Ei au nevoie studii de urmare de cel/cea/cei/cele eficacitate de acest tip de tratament pe termen lung [16.120.165]. |
| 3 | Reglarea somnului diurn prin intervenţii comportamentale, care cauzează şi mai puţină suferinţă emoţională atât pentru părinţi, cât şi pentru copiii lor, are un impact pozitiv asupra somnului nocturn [172]. |

| | |
|---|---|
| 1+, 2+, 3 | Intervențiile comportamentale la copii duc, de asemenea, la o îmbunătățire a stării de bine a părinților, în ceea ce privește starea de spirit, stresul, oboseala și calitatea somnului, satisfacția conjugală, simptomele depresiei [16,165,173,174]. |
| 1+ | Cel/Cea/Cei/Cele utilizare de strategii comportamental respect la o grup controla fără cel/cea/cei/cele utilizare de a spus tehnici reduce el număr şi el timp jumătate de cel/cea/cei/cele interogări, păstrat chiar până 4 luni după de cel/cea/cei/cele intervenţie, Aşa ca el cost jumătate, deşi Nu de mod semnificativ (96,93 livre (DS) 249,37) frunte la 116,79 livre (DS) 330, 31); diferenţă de şosete –19,44 Balanță (95% IC –83,70 o 44,81, p. = 0,55) [174]. |
| 1+, 2+, 3 | Sunt rar cel/cea/cei/cele studii că evalua cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele terapie comportamental frunte la medicamente. ECA că comparaţie cel/cea/cei/cele extincţie combinate cu tratament farmacologic (trimeprazină) fie alimemazina), fie cu placebo, spectacol cel mai bun se pare că- două în cel/cea/cei/cele grupuri că primi medicament în cel/cea/cei/cele reducere de cel/cea/cei/cele suferință copii fie de cel/cea/cei/cele treziri nocturn; dar acest îmbunătăţire EL reduce ușor când EL produce cel/cea/cei/cele retragere al/a/ale drog, Nu găsire diferențe semnificativ între cel/cea/cei/cele diferit intervenții după al/a/ale urmărire [16.165.175]. |
| 1+ | Cel/Cea/Cei/Cele tineri spectacol atitudini pozitiv spre cel/cea/cei/cele programe educațional că descrie el visul, cel/cea/cei/cele somnolenţă şi influența sa asupra funcționării diurne [162]. |
| 1++, 1+ | Intervențiile eficiente pentru tratarea insomniei la adolescenți includ controlul stimulilor, igiena somnului și restructurarea cognitivă (vezi tabelul 15) [176]. |
| 1+ | Programe de educație și gestionare a somnului pentru studenții din primul an de universitate, cu îndrumări privind igiena somnului, instrucțiuni de control al stimulilor și informații despre consumul de substanțe și impactul acestora Problemele de somn pot afecta starea de spirit și performanța academică. reduce semnificativ latența somnului, numărul de treziri nocturne și îmbunătățirea calității generale a somnului [182]. |
| 1+ | O procedură structurat de soluţie de probleme în studenți cu insomnie, cu tendinţă la rumega lor problemă- în special la culcare, reduce semnificativ activarea cognitivă pre-somn [183]. |

## Recomandări despre el tratament cu intervenții psihologic în el insomnie*

| | |
|---|---|
| B. | Tehnicile bazate pe terapia comportamentală (BT) pentru insomnie ar trebui să includă, cel puțin, extincția treptat, urmat de cel/cea/cei/cele educaţie de cel/cea/cei/cele părinți. Alte TC că ei pot recomanda sunt extincţie standardul, întârziere de cel/cea/cei/cele ora de culcare împreună cu ritualul de dinainte de somn și trezirile programate. |
| √ | Înainte de a recomanda tehnica extincției treptate, se recomandă evaluarea toleranței părinților față de această tehnică. Puteți folosi o serie de întrebări (Anexa 12). |
| B. | La adolescenți, se recomandă intervenții privind igiena somnului și comportamentul, inclusiv cel puțin monitorizarea Stimuli pentru tratamentul insomniei. O altă intervenție care poate fi recomandată este restructurarea cognitivă. |
| B. | Adolescenților li se recomandă programe de educație și gestionare a somnului, cu îndrumări privind igiena somnului. vis, instrucţiuni de controla de stimuli şi informaţii despre el consum de substanțe şi el impact că cel/cea/cei/cele probleme Problemele de somn pot avea un impact asupra stării de spirit și a performanței academice. |
| B. | Pentru reduce cel/cea/cei/cele activare cognitiv fost către vis în adolescenți cu insomnie şi tendinţă la rumega lor probleme la cel/cea/cei/cele La culcare, se recomandă o procedură structurată de rezolvare a problemelor. |

*În Anexa *11* include informații pentru profesioniștii din domeniul AP și pentru părinți, îngrijitori și adolescenți pe plan principal intervenții.

**Intervenții farmacologic**

Nu există o directivă în unanimitate aprobat despre el management farmacologic ideal *pentru* insomnia pediatrică. Conform datelor provenite din mai multe sondaje la nivel național internaţional, cel/cea/cei/cele utilizare de droguri este o practica comun în comunitățile pediatric, atâta pentru populație copii ca pentru adolescenți, la cântărește de cel/cea/cei/cele lipsă de dovezi în cât costă la eficacitate şi securitate. Aceste tipuri de studii concluzionează, de asemenea, că mulți pediatri percep nevoia de a recomanda și prescrie sedative și hipnotice pentru insomnie . dar nu au încredere în opțiunile de medicamente disponibile în prezent şi expres multe rezervări, către a avea în cont cel/cea/cei/cele absență ghidurilor clinice privind utilizarea acestor medicamente la copii. Deşi acesta cel/cea/cei/cele rețete farmacologic pentru cel/cea/cei/cele probleme de vis crește, chiar și cu medicamente care nu sunt aprobate în mod expres de agențiile internaționale pentru medicamente. Acest lucru demonstrează că utilizarea hipnoticelor și a medicamentelor psihotrope, atunci când nu există date fiabile privind dozajul, profiluri de securitate şi eficacitate, reflectă cel/cea/cei/cele lipsă de cunoștințele existente despre cele mai bune practici farmacologice pentru o abordare corectă a insomniei pediatrice.

Opinie de experți 4

Studii descriptive 3

RS 1+

ECA 1-

Unele date de cel/cea/cei/cele utilizare de hipnotice vin de la de studii ca un copil dimensiune eşantion, ca informaţii fie serie de cazuri, unde cel/cea/cei/cele deficiențe metodologic -în mare parte lipsă de grup controla şi dimensiune- face cel/cea/cei/cele date obținut Nu mai fi concludent nici ajunge la devină răspândite.

Literatura de specialitate include utilizarea mai multor familii de medicamente, cum ar fi antihistaminicele, benzodiazepinele, neurolepticele și altele; deși niciuna dintre ele a fost evaluată sistematic sau temeinic pentru insomnia pediatrică. Aceste medicamente sunt adesea prescrise pe baza extrapolării rezultatelor obținute din experiența clinică și a datelor empirice din studiile efectuate la adulți. deoarece nu există practic nicio informație privind eficacitatea, siguranța sau acceptabilitatea hipnoticelor din studiile clinice randomizate (RCT) efectuate la pacienți pediatrici și nici privind parametrii dozajului optim sau durata tratamentului.

Cel/Cea/Cei/Cele rar studii publicat despre cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele utilizare tratament farmacologic versus placebo în problemele de somn pediatric spectacol unele rezultat de efect statistic semnificativă , dar eficacitatea clinică este neclară. Prin urmare, Niciunul dintre medicamentele somnifere disponibile nu ar trebui considerat tratament de primă linie. linia pentru el insomnie pediatric de orice etiologie; şi mai puțin pentru utilizare prelungită [101, 116 , 165, 184-187] .

Sunt necesare studii clinice controlate randomizate, de înaltă calitate, cu dublu-orb, mai mari, cu perioade de urmărire mai lungi. pentru a investiga eficacitatea și siguranța intervențiilor farmacologice pentru tratamentul insomniei.

S-a demonstrat deja că, la fel de mulți dintre factorii care contribuie către insomnie sunt de tip comportamental, este important că el Abordarea acestei tulburări ar trebui să se bazeze inițial pe terapia de igienă comportamentală. Doar în anumite cazuri specifice poate fi justificată inițierea unei terapii combinate cu măsuri de igienă comportamentală și farmacologice. Cu toate acestea, tratamentul farmacologic al insomniei pediatrice necesită o selecție atentă a pacienților, întotdeauna după stabilirea unui diagnostic corect și sub avizul specialistului . [16,101]

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3

În acesta că asemenea ei sunt de acord cel/cea/cei/cele experți în a sublinia este că orice discuție despre cel/cea/cei/cele utilizare fie Nu de intervenții farmacologic în Tratamentul insomniei pediatrice ar trebui precedat de o declarație privind importanța implementării măsurilor de igienă a somnului ca o componentă necesară în fiecare pachet de tratament [101] .

Opinie de experți 4

Deja avem văzut anterior că există puțini studii că a avea evaluat cel/cea/cei/cele eficacitate de o tratament combinate de terapie comportamental și farmacoterapie. EL ei se referă la serie de cazuri, de puţin dimensiune probă, în care se utilizează ca medicament un antihistaminic (tartrat de trimeprazină) fie alimemazina) şi ca intervenţie comportamental, cel/cea/cei/cele extincţie. El tratament combinate redus semnificativ cel/cea/cei/cele treziri nocturnă, deși acest îmbunătăţire EL redus ușor după de cel/cea/cei/cele întrerupere al medicamentului. Singurul lucru pe care unele studii clinice randomizate (RCT) îl concluzionează este că, deși utilizarea tratament farmacologic împreună la tehnici comportamental ca cel/cea/cei/cele Extincția nu prezintă beneficii pe termen lung, Da, poate reduce trezirile nocturne. inițial, acesta că poate Ajutor la crește în unele acceptarea de către părinți a tehnicii de extincție. Acești autori sugerează că rolul pe care poate juca cel/cea/cei/cele utilizare de nou combinații fie formulare de îmbarcare al/a/ale insomnie Nu neapărat va avea că vedea cu cel/cea/cei/cele idee al/a/ale eficacitate sporită , dar cu posibilitatea creșterii conformității și acceptării de către părinți [175.188] .

Studiu descriptiv 3

ECA 1-

Opinie de experți 4

Deşi deja EL Ha văzut că Nu există dovezi disponibil pentru cel/cea/cei/cele utilizare de medicament specific în el insomnie pediatric, Da Sunt eforturi de a prin de cel/cea/cei/cele experți de ajunge la un consens acest practica pentru trata de evita utilizarea greșită a drogurilor. Consensul experţilor privind AASM propune o serie de recomandări generale privind utilizarea medicamentelor în insomnie pediatric între cel/cea/cei/cele că EL găsi el purta cel/cea/cei/cele droguri întotdeauna precedat de cel/cea/cei/cele aplicație de măsuri de igienă al/a/ale vis, şi întotdeauna în combinație cu intervenții non-farmacologice, cum ar fi tehnicile comportamentale şi educaţie de cel/cea/cei/cele părinţi, așezare anterior împreună cu familia unele obiective de tratament clar. Ei adaugă, în plus, că cel/cea/cei/cele medicație trebuie să fi folosit numai la scurt termen, fiind selectat el drog în funcție de al/a/ale problemă că cadouri el copil (droguri de acţiune scurt pentru problemele de somnolență și timp de înjumătățire lung pentru problemele de întreținere), monitorizarea beneficiilor și a efectelor adverse și având explorat anterior el utilizare de alţii droguri, droguri, către-

alcool şi cel/cea/cei/cele posibilitate de sarcină. El abordare de acest consens Opiniile experţilor sunt rezumate în tabelul următor (Tabelul 16) [101] :

**Bord 16. Propunere de cel/cea/cei/cele AASM despre el tratament farmacologic pentru el insomnie pediatrie [101]**

| Instrucţiuni potenţial al/a/ale tratament farmacologic al/a/ale insomnie în o copil sănătos |
|---|
| • Fi în Pericol cel/cea/cei/cele securitate şi bunăstare al/a/ale copil. |
| • Părinţi incapabil de înființat măsuri Nu farmacologic. |
| • El insomnie acest în el context de o boală medical, în vederea o situaţie stresant, înainte fie în timpul o călătorie. |
| **Contraindicații pentru el tratament farmacologic** |
| • Prezenţă de o tulburare respirator înrudit cu el vis Nu tratat. |
| • El insomnie este datorat la o fază normal al/a/ale dezvoltare fie la fals așteptări de cel/cea/cei/cele părinţi despre el vis. |
| • El insomnie este datorat la o situaţie autolimitat de scurt durată (de exemplu, cel/cea/cei/cele dentiție). |
| • Poate a avea interacţiune medicinal cu cel/cea/cei/cele medicament obișnuit fie cu o posibil abuz de substanțe fie alcool. |
| • Nu există posibilitate de urmare Eu monitorizare al/a/ale tratament (părinţi că Nu participa la cel/cea/cei/cele recenzii programat). |

## Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament farmacologic pentru el insomnie

| | |
|---|---|
| 1+, 1- , 3, 4 | Nu există suficient dovezi despre dozare, profiluri de securitate şi eficacitate despre cel/cea/cei/cele utilizare de hipnotice în el Abordarea insomniei pediatrice [101,116,165,184-187] . |
| 1+, 1- , 3, 4 | Cel/Cea/Cei/Cele rar studii publicat despre cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele utilizare al/a/ale tratament farmacologic frunte la placebo spectacol unele rezultate cu efect semnificativ statistic, dar eficacitatea clinică nu este clară [101,116,165,184-187] . |
| 3 | Utilizarea tratamentului farmacologic (antihistaminice) împreună cu tehnici comportamentale precum extincția poate reduce cel/cea/cei/cele treziri ture de noapte inițial deşi acest îmbunătăţire EL reduce ușor după de cel/cea/cei/cele întrerupere a medicamentului, ceea ce poate contribui la creșterea acceptării tehnicii de extincție la unii părinți [175,185,188] . |
| 4 | Consensul experților AASM stabilește o serie de recomandări, indicații potențiale și contraindicații. pentru tratamentul farmacologic al insomniei pediatrice la copiii altfel sănătoși (Tabelul 16) [101] . |

## Recomandări despre el tratament farmacologic pentru el insomnie

| | |
|---|---|
| D. | El tratament farmacologic al/a/ale insomnie pediatric necesită o selecţie atent de cel/cea/cei/cele pacienți, având făcut o corecta diagnostic şi scăzut criteriu al/a/ale profesional. |
| B. | Nu EL recomandă utilizare el tratament farmacologic nici ca primul opţiune nici ca strategie exclusiv de tratamentul insomnie pediatrică. |
| D. | El utilizare de droguri trebuie să fi precedat de cel/cea/cei/cele aplicație de măsuri de igienă al/a/ale vis. |
| D. | EL recomandă el tratament farmacologic întotdeauna în combinaţie cu intervenții Nu farmacologic ca tehnici comportamentale şi educaţie de cel/cea/cei/cele părinţi. |
| D. | Medicația trebuie utilizată doar pe termen scurt, alegându-se medicamentul în funcție de problemă - acțiune scurtă pentru probleme de inițiere a somnului și probleme de menținere a somnului pe termen lung – monitorizarea beneficiilor și a efectelor adverse. |

| | |
|---|---|
| D. | Anterior la început el utilizare de droguri, EL trebuie să stabili împreună cu cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori fie adolescenți unele obiective Ar trebui luate în considerare opțiuni clare de tratament și ar trebui explorată utilizarea altor medicamente, a alcoolului, a drogurilor și posibilitatea unei sarcini. |
| √ | EL recomandă el tratament farmacologic în el insomnie pediatric când:<br>• Acest în Pericol cel/cea/cei/cele securitate şi bunăstare al/a/ale copil.<br>• Cel/Cea/Cei/Cele părinţi sunt incapabil de înființat măsuri Nu farmacologic.<br>• El insomnie acest în el context de o boală medical fie în vederea o situaţie stresant. |
| D. | Nu EL recomandă el tratament farmacologic în el insomnie pediatric când:<br>• Exista o tulburare respirator al/a/ale vis Nu tratat.<br>• El insomnie fi datorat la o fază normal al/a/ale dezvoltare fie la fals așteptări de cel/cea/cei/cele părinţi despre el vis.<br>• El insomnie EL ar trebui la o situaţie autolimitat de scurt durată (de exemplu, cel/cea/cei/cele otită acut).<br>• mai a avea interacţiune medicinal cu cel/cea/cei/cele medicament obișnuit fie cu abuz de substanțe fie alcool.<br>• Nu există posibilitatea de urmărire și/sau monitorizare a tratamentului (părinții nu pot participa la controale) programat). |

**Melatonină**

Cel/Cea/Cei/Cele melatonină EL sintetiza fundamental în cel/cea/cei/cele glandă pineală în timpul cel/cea/cei/cele fază întuneric, reprezentând el cod chimic de cel/cea/cei/cele seară (la ori este apel cel/cea/cei/cele "hormon" vampir"), funcția sa principală fiind, deși nu singurul, contribuie la răspândirea mesajului ritmic generat de ceasul circadian central. Secretia de melatonină atinge vârful între unu și trei ani, cu valori plasmatice de aproximativ 250 pg/ml. Nivelurile încep să scadă chiar înainte de pubertate, cu valori plasmatice de în jurul 100 pg/ml în el adult [189] . Ca cel/cea/cei/cele melatonină asemenea EL asociați la o efect hipnotic şi la o vârstnici înclinație către vis, EL Ha sugerat că cel/cea/cei/cele melatonină Substanțele exogene pot acționa ca o substanță cronobiologică cu proprietăți hipnotice. Acțiunea ta va fi mai departe cronobiologic fie mai departe hipnotic în funcție de al/a/ale moment de lui administrație plus că de cel/cea/cei/cele doza administrat, deoarece Nu modifică el timp total de vis. Acesta ADEVĂRAT chestia e lui utilizare în el tratament de cel/cea/cei/cele probleme de vis pediatric continuă fiind obiectul de controversă, fundamental de cel/cea/cei/cele lipsă de studii la lung termen despre al lui securitate. Unele indicii punct la că cel/cea/cei/cele eficacitate terapie de cel/cea/cei/cele melatonină exogen cereri ca cerinţă cel/cea/cei/cele prezenţă de o reducere de cel/cea/cei/cele melatonină endogen [190,191] .

Studiu descriptiv 3

Există mai multe sondaje efectuate în rândul profesioniștilor și părinților sau îngrijitorilor cu privire la Utilizarea melatoninei pentru problemele de somn pediatrice. Deși melatonina nu este tratamentul de primă linie, deoarece majoritatea Dintre clinicienii care au preferat intervențiile non-farmacologice la începutul tratamentului, opiniile profesioniștilor cu privire la utilizarea acestora au fost foarte favorabile. Conform datelor obținute în cadrul acestor sondaje, Melatonina s-a clasat pe locul trei în ceea ce privește prescrierea tratamentului farmacologic, fiind utilizată în principal pentru dificultățile de inițiere sau stabilire a somnului; Totuși, unii medici l-au folosit și în cazul trezirilor frecvente nocturne. În funcție de vârstă, a fost prescris mai mult copiilor mai mari și adolescenților și a fost rareori recomandat în rândul preșcolarilor [101,186,192,193] .

În cât costă la cel/cea/cei/cele opinii de cel/cea/cei/cele părinţi, toate cel/cea/cei/cele chestionat Au raportat o îmbunătățire. în el început al/a/ale vis de lor copii şi în cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale aceleaşi; dar răspunsurile lor necesitate fi ținut în cont cu unele nuanțe pentru el din spatele- că S.U.A ocupă, deoarece sunt părinţi de copii cu probleme de vis comorbid la alţii tulburări ca ADHD şi tulburări al/a/ale spectru autist [192].

ECA 1+

Există foarte puține dovezi din studiile primare privind eficacitatea și siguranța. de cel/cea/cei/cele melatonină ca tratament al/a/ale insomnie pediatrică. O ECA cu copii între 6 şi 12 ani comparaţie cel/cea/cei/cele utilizare de cel/cea/cei/cele Melatonină (5 mg zilnic, administrată la ora 18:00) versus placebo. Copii cu probleme de insomnie de mai mult de 1 an și care nu au avut realizat răspuns satisfăcător la lui problemă cu cel/cea/cei/cele numai pentru utilizare de măsuri de igienă al/a/ale vis. El studiu a avut o durata 5 săptămâni, cu 4 săptămâni de utilizare zilnic de tratament. Către termina studiu cel/cea/cei/cele copii aș putea continua cu el tratament Da Aşa acesta ei au vrut părinții . Cel/Cea/Cei/Cele rezultate încheia că cel/cea/cei/cele melatonină este seif la scurt termen și ? demonstrează fi semnificativ superior către placebo în cât costă la începutul vis şi durată al/a/ale aceleaşi. În acesta că respect către număr de treziri nu EL prezentat schimbări semnificativ frunte către grup al/a/ale placebo. Numai două copii ei au avut durere de cap cel/cea/cei/cele primul zile de tratament [194.] În o studiu retrospectiv, EL face o urmare de o serie de cazuri de copii cu probleme de insomnie cu o vârstă medie de 9 ani (9,6 $\pm$ 4,5 ani). Mai multe copii ei au avut unele comorbiditate, ca el ADHD (44%), anxietate (25%), tulburări afectiv (9%) şi aprinde întârziere al/a/ale dezvoltare (9%). Toate au existat fost trimis pentru acest studiu după de Nu a avea îmbunătățit cu cel/cea/cei/cele tratamente convenţional. Cel/Cea/Cei/Cele copii primit o doza medie 2 mg de melatonină, o oră înainte de intinde-te în timpul o medie din 2 luni. În el 90% de ei EL obţine din o îmbunătăţire parţial până totalul rezoluţie de lui problemă în cât costă la latență al/a/ale vis şi număr de treziri ture de noapte EL se referă la. După o durată medie de urmărire la două luni, Nu s-au constatat efecte adverse semnificative [195].

Serie de cazuri

RS 1++

O revizuire sistematic efectuate ulterior (şi în cel/cea/cei/cele că Nu sunt inclus cel/cea/cei/cele studii anterior) determină că deşi este Unele studii clinice randomizate (RCT) sugerează că melatonina ar putea fi eficientă în gestionarea insomniei. pediatric, el puţin dimensiune eşantion de cel/cea/cei/cele studii Constatările și lipsa datelor privind siguranța pe termen lung înseamnă că nu se pot trage concluzii cu privire la eficacitatea și siguranța melatoninei la copii. cu insomnie; fiinţă necesar executa ECA că include eșantioane mai mari pentru a ajunge la acea concluzie [196].

Studiu descriptiv 3

O studiu de urmare de 3.7 ani de medie în copii cu ADHD cu debut de insomnie care primesc melatonină, arată că suprimarea tratamentului provoacă, După o săptămână, o reapariție a problemei inițiale în mai departe al/a/ale 90% de cel/cea/cei/cele cazuri. Acest sugerează că cel/cea/cei/cele efecte Efectele cronobiologice ale melatoninei se mențin doar prin utilizarea continuă, deci nevoia de a menține avansarea de fază dispare doar la 9% dintre cei care au primit tratament timp de 4 ani [197].

Există un studiu clinic randomizat (RCT) recent care își propune să stabilească relația doză-răspuns de cel/cea/cei/cele melatonină în el insomnie cronic de început, în relația cu cel/cea/cei/cele măsuri de: avansare al/a/ale început de secreție seară de cel/cea/cei/cele melatonină (întunecat aprinde melatonină debut (DLMO) avansare al/a/ale început al/a/ale vis ( debutul somnului [SW]) şi reducere de cel/cea/cei/cele latență al/a/ale vis (dormi debut latență [SOARE]). Cel/Cea/Cei/Cele studiu EL transporta la pelerină în copii între 6 şi 12 ani că primi, în timpul o săptămână, bun o doza de melatonină de 0,05 mg/kg, 0,1 mg/kg fie 0,15 mg/kg sau bun placebo. Cel/Cea/Cei/Cele copii că primit melatonină ei au avansat în mod semnificativ el început al/a/ale vis şi el DLMO în aproximativ 1 oră. Concluziile obținut sunt că Nu există o relaţie doză-răspuns de cel/cea/cei/cele melatonină de acesta că respect către început şi cel/cea/cei/cele latență al/a/ale vis şi el avansare al DLMO şi că, de atâta, cel/cea/cei/cele melatonină este eficient în o doza de 0,05 mg/kg administrat către Mai puțin 1 la 2 ore înainte de cel/cea/cei/cele oră dorit a merge la culcare [198].

ECA 1+

RS 1+

Studiu descriptiv 3

Există foarte puţin informaţii despre cel/cea/cei/cele efecte advers asociați către utilizarea cel/cea/cei/cele melatonină în pediatrie, deoarece cel/cea/cei/cele date despre securitate Nu ei au au fost evaluate de formă sistematic şi la lung termen. LA scurt termen EL ei au găsit unele efecte secundar ca durere de cap, ameţeală, sentiment de rece şi deteriorare noapte al/a/ale astm. Asemenea EL Ha alertat despre posibilitatea de că cel/cea/cei/cele utilizare de doza ridicat de melatonină, la lung termen nelimitat, poate inhiba cel/cea/cei/cele ovulație şi cel/cea/cei/cele funcții reproductiv în cel/cea/cei/cele pubertate, pentru al lor acţiune despre cel/cea/cei/cele receptori de melatonină distribuit în cel/cea/cei/cele ovare și glande suprarenale [192,196] . Asemenea EL a avertizat despre cel/cea/cei/cele variabilitate al/ a /ale calitate de cel/cea/cei/cele pregătit deja că unele venind din de magazine de produse natural ei pot conţine poluanți dăunător de origine animal.

Studiu de cohorte 2+

LA lung termen, există o studiu de urmare de unele de cel/cea/cei/cele copii incluși anterior într-un studiu clinic randomizat (RCT) descris mai sus [198] . Această cohortă a inclus copii care au primit melatonină timp de o medie de 3 ani, cu o doză medie de 2,7 mg. Reacțiile adverse constatate sunt asociate cu cefalee , greaţă, crește de greutate şi diureză noapte, între alții, deși erau rare și bine acceptate în majoritatea cazurilor. Autorii încheia că el tratament cu melatonină în copii cu insomnie EL poate păstra până o medie de 3 ani fără observa o abatere substanțial al/a/ale dezvoltare de cel/cea/cei/cele copii cu respect la cel/cea/cei/cele calitate de somn, el dezvoltare pubertal şi indicatori de sănătate mental, în comparație cu standardele populației generale [199] .

LA cel/cea/cei/cele vedere de cel/cea/cei/cele rezultate expus anterior, cel/cea/cei/cele rar studii existent pe el utilizare de cel/cea/cei/cele melatonină în vârste pediatric, sugerează că cel/cea/cei/cele melatonină poate ajutor la reduce cel/cea/cei/cele latență de vis de cel/cea/cei/cele copii cu probleme de insomnie, cu vârste înțeles între 6 şi 12 ani. Cel/Cea/Cei/Cele generalizare de aceste descoperiri la copii de minor vârstă este problematic de cel/cea/cei/cele mic dimensiuni de eşantion de aceste studii şi el rar timp urmare . El utilizare clinic pentru el tratament al/a/ale insomnie la sunt vârste ar trebui merge precedat de cel/cea/cei/cele realizare de spațios studii controlat că determina

cel/cea/cei/cele securitate la scurt, mediu şi lung termen în afară de de lui eficacitate, în special în minori de 3 ani.

Cel/Cea/Cei/Cele administrare de melatonină exogen trebuie să fi întotdeauna indicat şi sub supravegherea unui medic pediatru sau a unui expert în somnologie. Pentru tratamentul insomniei, rolul hipnotic de cel/cea/cei/cele melatonină, mai departe că lui abilitate cronoregulator, de acesta că În cazurile de insomnie debutantă, melatonina trebuie administrată în fiecare seară la aceeași oră. oră de ceas. Da de orice circumstanţă (am uitat, parte…) Nu EL poate administra că oră EL ar trebui şterge cel/cea/cei/cele doza de că zi. În plus, este important a avea în Se precizează că, pentru a se îndeplini condițiile de siguranță necesare, ar trebui căutate preparate cu melatonină chimic pură.

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament cu melatonină pentru el insomnie pediatric**

| | |
|---|---|
| 3 | În sondajele efectuate în rândul profesioniștilor, melatonina ocupat el treilea poziţie în cât costă la rețetă de tratament farmacologic, fiinţă folosit în mare parte pentru cel/cea/cei/cele dificultăți de început fie stabilire al/a/ale vis. Pentru că vârste EL prescris mai departe pentru copii mai mari și adolescenți [101,192,193] . |
| 3 | Sondaje efectuate în rândul părinților copiilor cu probleme de somn comorbide cu alte tulburări (ADHD și tulburări de spectru) autisti) raportează o îmbunătățire a debutului somnului la copiii lor și a calității somnului după tratamentul cu melatonină [192] . |
| 1+ | Melatonină zilnică (5 mg/zi timp de 4 săptămâni la ora șase seara, la copiii cu probleme de insomnie între 6 și 12 ani) ani) s-au dovedit a fi sigure pe termen scurt și semnificativ superioare placebo în ceea ce privește debutul și durata somnului al/a/ale aceleaşi. În acesta că respect la cel/cea/cei/cele latență al/a/ale vis şi el număr de treziri Nu EL prezentat schimbări front semnificativ către grup al/a/ale placebo [194] . |
| 3 | În copii cu o vârstă medie de 9 ani, unii cu probleme de insomnie adăugiri la alții tulburări (ADHD, anxietate, tulburări afective, întârziere de dezvoltare), care au primit o doză medie de 2 mg/zi de melatonină, cu o oră înainte intinde-te, timp de 2 luni, Aceasta variază de la o îmbunătățire parțială până la o rezolvare completă a problemei dumneavoastră în ceea ce privește Latența somnului și numărul de treziri nocturne se referă la, în 90% dintre acestea, [195] . |
| 3 | La copiii cu ADHD și insomnie cu debut care primesc melatonină, cu o perioadă medie de urmărire de 3,7 ani, suprimarea Tratamentul a dus, în decurs de o săptămână, la revenirea problemei inițiale în peste 90% din cazuri [197] . |
| 1+ | Cel/Cea/Cei/Cele melatonină, gestionat către Mai puțin 1 la 2 ore înainte de cel/cea/cei/cele oră dorit de intinde-te, în timpul o săptămână, la doza de 0,05 mg/ kg, 0,1 mg/kg fie 0,15 mg/kg, în copii între 6 şi 12 ani cu insomnie cronic de început, Ha demonstrat pasa semnificativ el început al/a/ale vis şi el DLMO şi scădere cel/cea/cei/cele latență al/a/ale vis, de acesta că Nu EL observa o relaţie raportul doză-răspuns [198] . |
| 3 | LA scurt termen EL ei au găsit unele efecte secundar ca durere de cap, ameţeală, senzaţie de rece şi deteriorare noapte- schimbare al/a/ale astm. Doza ridicat şi tratamente la lung termen cu melatonină aș putea inhiba cel/cea/cei/cele ovulație și cel/cea/cei/cele funcții reproductivă. Unele pregătit de magazine de produse natural ei pot conţine poluanți dăunător de origine animalul [192] . |
| 2+ | O studiu de urmare de copii cu melatonină în timpul o medie de 3 ani cu o doza medie de 2.7 mg, inclus în o ECA descris anterior, găsește că cel/cea/cei/cele efecte advers include durere de cap, greață, crește de greutate şi diureză nocturnă, printre altele, deși erau rare și bine acceptate în majoritatea cazurilor. Autorii Ei concluzionează că tratamentul cu melatonină la copiii cu insomnie poate fi menținut timp de o medie de 3 ani fără... observa o abatere substanțial al/a/ale dezvoltare de cel/cea/cei/cele copii cu respect la cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale visul, cel/cea/cei/cele dezvoltare pubertal şi indicatori de sănătate mintală, comparați cu standardele populației generale [199] . |

**Recomandări despre el tratament cu melatonină pentru el insomnie pediatric**

| | |
|---|---|
| √ | Nu există dovezi pentru recomanda el utilizare de cel/cea/cei/cele melatonină în copii minori de 6 ani. |
| √ | Cel/Cea/Cei/Cele Agenţie Spaniolă de Medicamente şi Produse Toalete (AEMPS) Nu are autorizat cel/cea/cei/cele melatonină pentru el insomnie pediatric; Da bun cel/cea/cei/cele rezultate obținut în cel/cea/cei/cele eseuri în copii între 6 şi 12 ani cu insomnie cronic de început, şi că Nu ei răspund la intervenții educațional cu igienă de vis și intervenții psihologic, sugerează că o timp fi aprobat, EL poate aprecia cel/cea/cei/cele utilizare de melatonină la doza de 0,05 mg/kg, gestionat către Mai puțin de 1 la 2 ore înainte de cel/cea/cei/cele oră dorit pentru intinde-te. |
| √ | Cel/Cea/Cei/Cele melatonină trebuie să fi chimic pur şi administra întotdeauna la cel/cea/cei/cele aceleaşi oră şi scăzut o potrivit controla de parte al/a/ale pediatru fie al/a/ale doctor specialist în tulburări de vis, fiind apreciat lui retragere conform evoluţie clinică. Da de care- Dacă, din orice circumstanță (uitare, petrecere etc.), nu se poate administra la momentul respectiv, doza pentru ziua respectivă trebuie omisă. |
| √ | Profesioniștii sunt sfătuiți să întrebe părinții despre orice tip de melatonină cumpărată dintr-un magazin sau un medic naturist pentru a evita utilizarea melatoninei de origine animală și/sau a dozelor necontrolate. |

## Alţii tratamente

### *Suplimente nutriţional*

O studiu Ha evaluat Da cel/cea/cei/cele administrare de cereale îmbogăţit cu substanţe nutritiv că sunt facilitatori al/a/ale vis, aş putea Ajutor la îmbunătăţi el vis de copii între 8 şi 16 luni de vârstă că ei au avut probleme dormi în timpul nopţii. Produsul utilizat a fost o cereală care conţinea 225 mg de triptofan, 5,3 mg de adenozină-5 '-p, şi 6,3 mg uridină-5 '-p la 100 g. Parametrii studiaţi sunt timpul total petrecut în pat, visul presupus, *eficienţă* real al/a/ale vis, latenţă de vis, imobilitate şi activitate total. În cel/cea/cei/cele copii că primit el cereale îmbogăţit îmbunătăţit cel/cea/cei/cele parametrii vis. Aceste rezultate sprijin el concept de crononutriţie că Aceasta confirmă faptul că ciclul somn/veghe poate fi influenţat de dietă [200]. ECA1+

Sunt necesari, totuşi, mai multe studii clinice randomizate (RCT) cu eşantioane mai mari care evaluează cel/cea/cei/cele activitate de acest sau alte combinaţii de substanţe nutritiv.

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament cu suplimente nutriţional pentru insomnie pediatrică**

| | |
|---|---|
| 1+ | Copii cu vârsta cuprinsă între 8 și 16 luni care au primit cereale îmbogățite cu 225 mg de triptofan, 5,3 mg de adenozină-5'-p și 6,3 mg de uridină-5'-p la 100 g au îmbunătățit parametrii timpului total petrecut în pat, somnului presupus, eficienței reale a somnului, latenței somnului, imobilității și activității totale[200]. |

**insomnia pediatrică**

| | |
|---|---|
| B. | EL Ei au nevoie studii suplimentare comparativ cu lung termen pentru recomanda formă răspândit el utilizare de suplimente nutritive pentru el tratament al/a/ale insomnie pediatrică. |

### *Ierburi medicinal*

Utilizarea remediilor din plante pentru tratarea tulburărilor de somn, inclusiv a insomniei, Este foarte vechi. Plantele medicinale sunt populare, Sunt utilizate în întreaga lume și ar putea a fi luat în considerare o opţiune de tratament pentru el insomnie pediatric Da EL demonstrează că sunt eficiente și sigure.

Există numeroase preparate din plante folosite atât de părinți, cât și de medici pentru a trata insomnia pediatrică. Aceste preparate includ adesea valeriană, mușețel, kava, lavandă și uneori chiar hamei sau melisă. Însă eficacitatea și siguranța pe termen lung a majorității acestor preparate sunt necunoscute[101]. Opinie de experți 4

EL au nevoie, bine, ECA că evalua cel/cea/cei/cele activitate sedativ de o plantă sau combinații de podele pentru copii şi adolescenți. GPC (RS) și ECA) 1++, 1+

ECA 1+

Singurele studii găsite evaluează eficacitatea plantelor cum ar fi valeriana pentru pacienții adulți, cu vârste de la 18 ani. Combinația acestuia cu hamei pare să aibă o oarecare eficacitate în tratamentul insomniei ușoare-moderate comparativ cu placebo [176,201,202].

În cel/cea/cei/cele revizuire efectuate pentru cel/cea/cei/cele elaborare de cel/cea/cei/cele ghid de insomnie la adulți, Nu s-au găsit studii care să evalueze eficacitatea specifică pentru el insomnie de alte podele medicinal fie combinații de [176] dintre ei .

GPC (RS) și ECA) 1++, 1+

Mulți părinți consideră aceste preparate „sigure", dar interacțiunile dintre medicamente și preparatele din plante sunt în mare parte necunoscute. Părinții trebuie avertizați cu privire la pericolele automedicației cu combinații de medicamente și produse din plante, deoarece efectele pot fi duplicate dacă ambele conțin ingrediente similare. Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie capabili să recunoască atât beneficiile, cât și riscurile. riscurile pe care le prezintă aceste preparate. Acest lucru ar preveni atitudini de respingere față de cerințele părinților, care l-ar putea determina pe pacient să ascundă utilizarea acestuia, mascand posibilele efecte adverse [101,203,204].

Studii descriptive , 3

Opinie de experți, 4

**Rezumatul dovezilor privind tratamentul pe bază de plante pentru insomnia pediatrică**

| | |
|---|---|
| 4 | Nu există studii suficient că a avea evaluat cel/cea/cei/cele activitate sedativ de o planta fie combinații de podele pentru copii și adolescenți [101] . |
| 1++, 1+ | În studiile efectuate pe populații adulte, combinația de valeriană și hamei a demonstrat o oarecare eficacitate în comparație cu cu placebo în el tratament al/a/ale insomnie ușoară-moderată; dar EL Ei au nevoie ECA de vârstnici dimensiune eşantion pentru confirmă rezultatele [201,202] . |
| 4 | Multe părinţi ia în considerare aceste pregătit ca "asigurare", dar cel/cea/cei/cele interacțiuni de droguri şi pregătit de magazin de plante medicinale sunt în mare parte [101] necunoscute . |

**Recomandări despre el tratament cu ierburi medicinal pentru el insomnie pediatric**

| | |
|---|---|
| B. | Nu există suficient dovezi pentru recomanda el utilizare de cel/cea/cei/cele valeriană nici cel/cea/cei/cele combinaţie de acest cu hop pentru el tratamentul insomnie pediatrică. |
| D. | Profesioniștii sunt sfătuiți să întrebe părinții/adolescenții despre orice produs pe bază de plante care indiferent dacă iau în prezent sau au luat anterior, pentru a-i avertiza asupra pericolelor automedicației cu combinații de medicamente și produse pe bază de plante. |

### *Zgomot alb*

El zgomot alb este el zgomot că EL produce ca rezultat de cel/cea/cei/cele combinaţie de sunete de cel/cea/cei/cele diferit frecvențe perceptibil de el fi uman (că merge de 20 la 20.000 herți). Este o zgomot aleatoriu că are cel/cea/cei/cele aceleaşi densitate spectral de putere la acesta lung pe întreaga bandă de frecvență. Există mai multe explicații pentru utilitatea zgomotului alb ca tehnică pentru a reasigura la cel/cea/cei/cele tu bei şi asemenea pentru i-ai adormit. Unul de ei este că zgomotul alb poate masca alte sunete, Și în felul acesta, bebelușul nu se mai aude singur. la Da aceleaşi Da plânge şi, de atâta, frunze de fă-o; alte argument este că EL tratează de o zgomot

ceea ce face dificilă trezirea bebelușului atunci când aude alte sunete bruște; Alte teorii propun că acest sunet le amintește de perioada petrecută în uter și de aceea se calmează.

Există foarte puține informații despre eficacitatea utilizării zgomotului alb de scăzut intensitate pentru că mai favoare cel/cea/cei/cele relaxare şi visul. Unele Studiile au concluzionat că zgomotul alb poate fi util în reducerea rezistenței la culcare și a trezirilor nocturne; deşi cel/cea/cei/cele tulburări de obicei reveni când EL întrerupe emisia de zgomot [205,206].

ECA 1+/1-

Studiu descriptiv 3

Cel/Cea/Cei/Cele dovezi actual, despre cel/cea/cei/cele utilizare al/a/ale zgomot alb, încă Nu sunt suficiente riguros pentru permite extrage concluzii despre de cel/cea/cei/cele aplicație extins de orice formă de acest tip de zgomot pentru el tratamentul insomnie pediatric, de orice etiologie şi în orice grup de vârstă. Nici EL întâlni el efect la lung termen al/a/ale zgomot alb Eu lor variante și a lor potenţial efecte advers Nu sunt complet clar [205.206].

Sunt necesare studii clinice controlate randomizate, de înaltă calitate, cu dublu-orb, mai mari, cu perioade de urmărire mai lungi. a investiga cel/cea/cei/cele eficacitate şi securitate de cel/cea/cei/cele utilizare al/a/ale zgomot alb pentru tratamentul insomniei pediatrice.

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament cu zgomot alb pentru el insomnie pediatric**

| | |
|---|---|
| 1+/ 1-, 3 | Unele studii ei par demonstra că el zgomot alb poate fi util în cel/cea/cei/cele reducere de cel/cea/cei/cele rezistență la cel/cea/cei/cele oră al culcării și al trezirilor nocturne; deși tulburările revin de obicei atunci când emisia de zgomote este întreruptă [205,206]. |
| 1+/ 1-, 3 | EL Ei au nevoie ECA randomizat, dubla ORB, mai în vârstă dimensiune eşantion şi de ridicat calitate şi cu o urmare de vârstnici durată, pentru Investigarea eficacității și siguranței utilizării zgomotului alb pentru tratamentul insomniei pediatrice co [205,206]. |

**Recomandări despre el tratament cu zgomot alb pentru el insomnie pediatric**

| | |
|---|---|
| B. | Nu există suficiente dovezi privind eficacitatea și siguranța zgomotului alb pentru a recomanda utilizarea acestuia în tratamentul insomnie pediatrică. |

## 7.1.2. Sindromul de picioare neliniştit (SPI)

- ***Definiţie:*** El sindrom de picioare neliniştit (SPI) este o tulburare neurologic cronic senzorio-motor, caracterizat de cel/cea/cei/cele nevoie urgent de mişcare cel/cea/cei/cele picioare în situații de repaus şi în general asociat la o senzaţie dezgustător. Aceste simptome apărea fie agrava către Sfârşit al/a/ale zi şi EL ameliorează cu el mișcarea [26].

  Are o mare impact în cel/cea/cei/cele calitate de viaţă al/a/ale copil deja că cauze insomnie (nu ei pot început el vis), oboseală ziua, scădere de cel/cea/cei/cele Atenţie şi hiperac-

activitate paradoxal în copii şi adolescenți şi, în cazuri serios, somnolenţă somnolență excesivă în timpul zilei (SED).

EL ei au descris două formulare de prezentare:

- RLS cu debut precoce, care debutează înainte de vârsta de 30-40 de ani, cu o evoluție lent progresivă și cu antecedente familiale de RLS.
- SPI târziu, care progresează rapid, în care există de obicei o cauză subiacentă .

- ***Etiopatogeneză:*** este complex şi Nu complet cunoscut, deşi EL ei se amestecă mai multe ipoteză:
  - *Ipoteză genetică* . EL Ha observat că el 70% de cel/cea/cei/cele copii şi adolescenți Cei cu RLS au o rudă de gradul întâi afectată. Dacă există antecedente familiale de SPI, cel/cea/cei/cele demonstrații clinici apărea mai multe ani înainte de acesta obișnuit. EL Ha sugerat o moştenire bimodal conform cel/cea/cei/cele vârstă de prezentare, cu un model autosomal dominant în el SPI de început devreme şi cu miză de diferite gene. În cel/cea/cei/cele prezent pare că Sunt dovezi de cel/cea/cei/cele ipoteza bimodală bazată pe vârsta de debut a simptomelor, cu variante genetice care, în combinație cu factorii de mediu, a determina expresia clinică a bolii [207,208] .
  - *Ipoteză de cel/cea/cei/cele dopamină.* În pacienți cu SPI există o răspuns pozitiv la tratament dopaminergic, cu deteriorare de cel/cea/cei/cele simptome cu antagoniști de cel/cea/cei/cele dopamină. Cel/Cea/Cei/Cele disfuncție pare localiza la nivel postsinaptic, în receptorul dopaminic D2 [209] .
  - *Deficiență de fier.* Există o relație clară între dopamină și fier. care este un cofactor al tirozinhidroxilazei, o enzimă implicată în conversia tirozinei în L-dopa (un precursor al dopaminei). În plus, fierul facilitează legarea receptorilor D2 și promovează dezvoltarea neurologică (mielinizare) la copii. Mai mult, există o relație strânsă între fier, RLS și mișcările periodice ale membrelor (PLM), iar nivelurile de feritină sub 35 µg/L sau 50 µg/L, conform diverșilor autori, s-au dovedit a fi asociate cu apariția simptomelor și severității RLS.<sup> [210-213] </sup> Concentrația ser de feritină constituie el mai bine marker de deficit de fier în rezervele sale naturale (ficat, splină, măduvă osoasă), Deși la debutul bolii, aceasta poate fi singura constatare, chiar și cu fierul seric în limite normale. La copii, până la 89% dintre pacienții cu sindromul picioarelor neliniștite au niveluri sub 50 µg/l. și 75% prezintă valori ale feritinei mai mici decât valorile medii ajustate în funcție de [vârstă214,215] .
  - *Alții.* Simptomele sindromului picioarelor neliniștite (SNR) au fost descrise și în insuficiența renală și hepatică. neuropatii periferice, diabet zaharat, ataxii ereditare cu debut precoce, leziuni ale măduvei spinării și cu unele medicamente (de exemplu, antihistaminice etc.).

- ***Demonstrații clinici:***
  - *Simptome senzorio-motorii* . La adulți, există o nevoie urgentă de mișcare . cel/cea/cei/cele membre provocat de o senzație dezgustător "aproape dureros" mai mult în cel/cea/cei/cele picioare, despre toate în cel/cea/cei/cele viței, şi Mai puțin în cel/cea/cei/cele arme. Există

agitație motorie care se agravează în situații de repaus fizic și mental și, de asemenea, către Sfârșit al/a/ale zi (de obicei) fi mai departe intens între cel/cea/cei/cele 12 şi cel/cea/cei/cele 4 de cel/cea/cei/cele dimineața devreme, indiferent de programul subiectului). Acest model circadian este legat cu cel/cea/cei/cele curba de secreţie de cel/cea/cei/cele melatonină endogen, că inhibă eliberarea dopaminei.

În cel/cea/cei/cele copii, cel/cea/cei/cele simptome senzorio-motor sunt mai departe imprecis şi pot apărea în orice moment al/a/ale zi (la ori, mai departe în timpul el zi că de cel/cea/cei/cele seară , în clasă fie văzând cel/cea/cei/cele TELEVIZOR) și poate afecta diferit piese al/a/ale corp. Cel/Cea/Cei/Cele supărări de obicei apărea de de mai jos de cel/cea/cei/cele genunchi, de formă simetric fie Asimetric. Cel/ Cea/ Cei/Cele mod de a ușura este mișcându-se şi cel/cea/cei/cele eforturi pentru arestare aceste mișcările sunt eficient în timpul o scurt perioadă de timp (astfel de la cel/cea/cei/cele ticuri motoare).

În copii și adolescenți cu SPI, cel/cea/cei/cele simptome că EL ei observă cu Cele mai frecvente simptome sunt: nelinişte seara (60%), iritabilitate (55%), *lipsă de energie* (45%), dificultate de concentraţie (40%) şi dificultate pentru executa cel/cea/cei/cele sarcini școlari (35%) [31] .

- *Mișcări ziare de cel/cea/cei/cele membre (MPE)* . În o 63%-74% de cel/cea/cei/cele pacienți pediatric şi în el 12% de cel/cea/cei/cele populație general, el SPI EL însoțește mișcărilor periodice ale membrelor, care sunt zdruncinări bruște, pseudo- ritmic şi stereotip că apărea în el curs al/a/ale vis şi, în ocazii, în timpul cel/cea/cei/cele veghe. Mai departe obișnuit în picioare, EL ei/ele manifestă cu o extensie al/a/ale primul deget al/a/ale picior, dorsiflexie al/a/ale gleznă şi, în uneori, de cel/cea/cei/cele genunchi și șold. Diagnosticul MPE necesită efectuarea unei polisomnografii (PSG), că permite document cel/cea/cei/cele mișcări în cel/cea/cei/cele picioare. El tulburare datorată mișcări ziare în cel/cea/cei/cele membre (TMPE) acest caracterizat din cauza prezenței unui număr semnificativ de MPE (≥ 5 pe oră de somn) și a unei tulburări de vis fie oboseală ziua, în absență de alte cauza că justifica aceste simptome. Deşi este o găsi nespecific, el TMPE sprijin el diagnostic din SPI [26] . El EPMT are o etiologie foarte similară cu SNR în ceea ce privește deficitul de fier, blocarea dopaminergică și tulburările neurologice (inclusiv narcolepsia).

Există o asociere între RLS și MPE cu sindromul de Apnee-hipopnee obstructivă de vis (SAHS). Cel/Cea/Cei/Cele jumătate de cel/cea/cei/cele copii cu o TMPE a avea apnee (tratamentul acesteia elimină MPE în mai mult de jumătate din cazuri), și de către contrar, multe copii cu SAHS descrie nelinişte în cel/cea/cei/cele picioare și *dureri de creştere* .

- *Tulburări de somn.* Tulburările de somn sunt frecvente, adesea sub forma insomniei la începutul nopții. cauzate de simptome senzoriale și motorii. Dacă este asociat cu MPE, Există un somn nocturn fragmentat și instabil, cauzat de mișcări repetitive și stereotipe ale membrelor, provocând O micro-trezire sau o excitație care întrerupe somnul. toate aceasta, dormi Mai puțin și mai rău că lor tovarăși, fiinţă dificil îi trezești dimineața și manifestă somnolență excesivă în timpul zilei, ceea ce condiționează prezența problemelor școlare.

- *Tulburări psihiatric*

EL ei au observat *simptome depresivi* până în o 14,4% de cel/cea/cei/cele pacienți şi tulburări de anxietate *la* aproape 8% dintre aceștia [31] . Pe de altă parte, SPI-MPE și Tulburare de deficit de Atenţie şi Hiperactivitate (ADHD) la uşor ei pot coexista în el același pacient sau sunt confuzi deoarece copiii cu RLS dorm prost, iar privarea cronică de somn provoacă simptome de hiperactivitate paradoxală și deficit de atenție. Are observat că o 12%-35% de cel/cea/cei/cele copii cu ADHD a avea simptome de SPI [216-218] și o 10,2% au TMPE [219] . În plus, diagnosticul de ADHD este mult mai frecvent la copii cu SPI şi apare în o 25% de ei [30] . ADHD și SPI a împărtăși mecanisme etiopatogenic comun: niveluri scăzut de feritină (legat de direct cu cel/cea/cei/cele gravitaţie de cel/cea/cei/cele simptome şi cui standardizare îmbunătăţire ambele tulburări [210] ) și participare de sisteme dopaminergic cerebral, deşi cel/cea/cei/cele studii genetic non- contribui date concludent că legătură SPI şi ADHD [30] . Din el loc de vedere clinică , RLS poate agrava simptomele ADHD și invers, Prin urmare, este foarte recomandat . executa o screening în ambele simțuri şi o abordare terapeutic specific deoarece el tratament al/a/ale SPI îmbunătăţire cel/cea/cei/cele simptome al/a/ale ADHD şi el Tratamentul ADHD nu agravează sindromul picioarelor neliniștite [210,220] .

## Diagnostic

El diagnostic al/a/ale SPI este clinic şi cel/cea/cei/cele criterii diagnostice că ei trebuie aplică la copii de 2 la 12 ani sunt reflectat în cel/cea/cei/cele bord 17. În adolescenți mai în vârstă de 13 ani EL necesitate continua cel/cea/cei/cele criterii de adulți [26.221] .

Recenzii de diferite băieți de studii 1+, 2+, 3
Opinii de experți 4

Sunt 3 categorii: *SPI definitiv* (cu finlandeză clinic la nivel sănătate şi studii de prevalență), *PIS probabil* și *PIS posibil* (ultimele 2 sunt rezervate studiilor de cercetare).

**Bord 17. Criterii diagnostice al/a/ale SPI**

| Criterii de SPI esențiale în adulți fie mai în vârstă de 13 ani (A+B+C+D) |
|---|
| A. Urgenţă pentru mişcare cel/cea/cei/cele picioare, în general însoțit de senzații neplăcut în cel/cea/cei/cele picioare. |
| B. Cel/Cea/Cei/Cele simptome ÎNCEPE fie agrava în timpul perioade de repaus fie inactivitate. |
| C. Cel/Cea/Cei/Cele Disconfortul se ameliorează total sau parțial odată cu mișcări precum mersul, îndoială, întinde, etc. și în timp ce activitatea menționată persistă. |
| D. Cel/Cea/Cei/Cele simptome agrava fie numai apar în timpul cel/cea/cei/cele târziu fie cel/cea/cei/cele seară. |
| **Criterii diagnostice de SPI definitiv în copii de 2-12 ani (A+B) fie (A+C)** |
| A. El copil îndeplinește cel/cea/cei/cele patru criterii esențiale de SPI în adulți şi |
| B. El copil descrie cu lor propriu cuvinte o situaţie consecvent în disconfort în cel/cea/cei/cele picioare (el copil poate purta termeni ca „dorința de a alerga", „păianjeni", „gâdilat", „loviri" sau „prea multă energie în picioare", pentru a descrie simptomele) |
| C. Sunt prezent două de cel/cea/cei/cele trei următorul criterii de sprijin: |
| a. Perturbare al/a/ale vis |
| b. O tată fie frate geamăn cu SPI definitiv |
| c. El copil are o index patologic de MPE, (5 fie mai departe de oră de vis) |
| Alte categorii (rezervat) pentru anchetă clinică în minori de 18 ani ani fie pacienți că Nu ei pot expres cel/cea/cei/cele simptome). |

| Criterii diagnostice de SPI probabil |
|---|
| • *SPI probabil tip 1*:<br>A. El copil îndeplinește toate cel/cea/cei/cele criterii esențiale de SPI în adulți, la excepţie al/a/ale criteriu D. (componentă circadian cu agravare seară) şi<br>B. El copil are o tată fie frate geamăn cu SPI definitiv.<br>• *SPI probabil tip 2*:<br>A. EL observa că el copil are demonstrații comportamental de disconfort în cel/cea/cei/cele membre mai jos când acest stând fie culcat, însoțit de mișcări de cel/cea/cei/cele sfat afectat. Cel/Cea/Cei/Cele disconfort are caracteristici de cel/cea/cei/cele criterii B, C şi D. de cel/cea/cei/cele adulți (este cuvânt se înrăutățește în timpul el repaus şi cel/cea/cei/cele inactivitate, EL ameliorează cu el mişcare şi se înrăutățește în timpul cel/cea/cei/cele după-amiaza târziu/seara) şi<br>B. El copil are o tată fie frate geamăn cu SPI definitiv. |
| Criterii diagnostice de SPI posibil |
| El pacient Nu îndeplinește cel/cea/cei/cele criterii de SPI "definitiv" fie SPI "probabil" dar cadouri o tulburare de MPE şi are familial (părinți, frați/surori) Gemenii) cu SPI definitiv. |

În el SPI pediatric, el diagnostic Nu întotdeauna este uşor. Cel/Cea/Cei/Cele copii Nu înţelege sensul de "nevoie urgent de mişcare cel/cea/cei/cele picioare" şi ei descrie acesta că Ei o simt ca pe o „senzație neplăcută". Unii copii raportează o agravare a stării lor în timpul zilei, fără o agravare seară, de acesta că Nu sunt identificat ca pacienți cu *SPI definitiv* . În aceste cazuri, este foarte posibil ca agravarea din timpul zilei să fie cauzată de obligația de a rămâne așezat în clasă. unde nu au voie să se deplaseze.

Cel/Cea/Cei/Cele simptome de *sprijin* sunt foarte util pentru crește cel/cea/cei/cele certitudine clinică în el diagnostic al/a/ale SPI: cel/cea/cei/cele fundal familial (părinţi biologic fie frați/surori Gemenii cu diagnostic de SPI), el tulburare al/a/ale vis (insomnie de conciliere fie de întreținere care identifica către SPI ca o *hoţ de vis* ) şi o index patologic de MPE în el PSG.

El diagnostic EL va performa prin o istorie clinică complet în cel/cea/cei/cele că enumerați fundal personal şi familial şi o explorare fizică exhaustivă. În plus, Un studiu hematologic (hemoleucogramă, glucoză din sânge, transaminaze, funcția renală , metabolism al/a/ale fier şi feritină). Alte unelte diagnostic simplu şi foarte util în acest tulburare sunt cel/cea/cei/cele agende/jurnale de vis, chestionare şi videoclipuri de casă.

Cel/Cea/Cei/Cele frecvenţă şi gravitaţie de cel/cea/cei/cele simptome al/a/ale SPI sunt fundamente pentru determina impact clinic de cel/cea/cei/cele boală şi cel/cea/cei/cele nevoie al/a/ale tip de tratament. Recent Ha elaborat o scară de gravitaţie al/a/ale SPI în populație pediatric, dar Nu acest validat [222] .

## Diagnostic diferenţial

EL necesitate investiga şi exclude alte patologii cui demonstrații clinici sunt similare cu RLS și pot crea confuzie diagnostică (Tabelul 18).

**Bord 18. Diagnostic diferenţial al/a/ale SPI**

1. ADHD: Cel/Cea/Cei/Cele demonstrații ziua al/a/ale SPI EL confunda cu simptome ADHD deoarece unele copii cu SPI sunt incapabil de să rămână așezați în clasă, Par *hiperactivi* și neatenți, Prin urmare, ei sunt diagnosticați ca ADHD.
2. Disconfort poziţional.
3. Dolores al/a/ale creştere (DC): Neplăceri recurent rău definit, la ori dureros, că EL ei/ele manifestă în cel/cea/cei/cele picioare şi la cel/cea/cei/cele oră de du-te la culcare, fără prescripţie funcţional nici Inflamație. Aceasta prezent cu vârstnici frecvenţă când Sunt fundal membrii familiei, deși Nu EL ameliorează cu cel/cea/cei/cele mișcări şi Da acesta do cu el masaj şi cu Analgezice. DC apărea până în o 85% de cel/cea/cei/cele copii cu SPI (64% în copii fără SPI) şi există vârstnici proporţie de SPI în adulți că ei au a suferit DC în lui copilărie.
4. Ticuri motoare: Mișcări involuntar rapid, brusc şi repetat, Nu dureros, că apărea în timpul el zi.
5. Dolores muscular: Durere înrudit cu el exercita, fără model circadian şi Nu EL ameliorează cu el mişcare.
6. Crampe muscular: Contracții dureros brusc, scurt şi involuntar, palpabil, situat în o viţel. Habi- Acestea apar de obicei noaptea și se rezolvă spontan sau prin masaj.
7. Patologie Vreau să spun
   - Boala Osgood-Schlatter: Durere la palparea regiunii tibiale anterioare la adolescenți de sex masculin. Se ameliorează în repaus. şi analgezice.
   - Condromalacia patelară: Degenerarea cartilajului situat sub rotula, care implică durere la urcare sau coborâre scări.
8. Acatizie: Senzaţie de nelinişte (hiperkinezie) în membre mai jos, care apare fiinţă stând (Nu culcat) şi EL Se ameliorează prin mișcare. Poate apărea după administrarea de neuroleptice.
9. Alţii: Boli dermatologice, reumatologice, polineuropatie periferic, radiculopatie fie miopatie. În uneori, cel/cea/cei/cele MPE Acestea trebuie diferențiate de mioclonul hipnic (smucituri izolate la începutul somnului), convulsii mioclonice sau parasomnii.

De alte parte, este posibil că EL confunda SPI şi MPE, două entități că EL stat comun în cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele cazuri. În cel/cea/cei/cele bord 19 EL spectacol cel/cea/cei/cele diferențe între ambele.

**Bord 19. Diferențe între SPI şi MPE**

| | SPI | MPE |
|---|---|---|
| Tip de senzaţie | Senzorio- motor | Barcă cu motor |
| Demonstrații | Înainte de dormi | În timpul el vis |
| Rezistență la intinde-te | Da | Nu |
| Insomnie | Început (crește) cel/cea/cei/cele latență al/a/ale vis) | Început şi întreţinere, cu treziri ture de noapte (afectează) la cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale vis) |
| Somnolență excesivă în timpul zilei (SED) | Da | Da |
| El subiect este conștient? | Da | Nu |
| Istorie familiar | Da | Da |
| Diagnostic | Clinic | Polisomnografie ( > 5 MPE/oră de vis) |

## Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el diagnostic al SPI-ului

| | |
|---|---|
| 4 | El diagnostic EL baza în cel/cea/cei/cele istorie clinica [26.221]. |

## Recomandări despre el diagnostic al/a/ale SPI

| | |
|---|---|
| √ | Diagnosticul de RLS trebuie pus în primul rând printr-un istoric medical complet, care include antecedentele. dinți personal şi membri ai familiei, explorare fizică exhaustiv şi studiu hematologic (hemoleucogramă, glicemie, transaminaze, Funcția renală, metabolismul fierului). Informațiile colectate de familii în jurnale/jurnale pot fi utile. vis. |
| √ | Următoarele patologii trebuie luate în considerare la stabilirea diagnosticului diferențial: Tulburare datorată Deficit Atenție şi Hiperactivitate (ADHD), disconfort dureri poziționale al/a/ale creștere, ticuri motoare, dureri muscular, crampe patologie musculară os, acatizie şi alte boli ca boli dermatologice, reumatologice, polineuropatie periferică, radiculopatie sau miopatie, mioclonie hipnică, convulsii mioclonice sau parasomnii. |

Tratament

## Igienă al/a/ale vis / Măsuri general

Nu EL ei au găsit studii că oficial investiga cel/cea/cei/cele eficacitatea măsurilor generale şi a practicilor de igienă a somnului la pacienții cu RLS [221]. Recenzii de diferite tipuri de studii 3

Experții sugerează că recomandările terapeutice pentru populația pediatrică cu RLS ar trebui să înceapă cu stabilirea unui serie de măsuri generali, Nu farmacologic, că în cel/cea/cei/cele cazuri Cele mai puțin grave pot fi suficiente de la sine. Constă în reducerea sau eliminarea celor factori că precipitat el SPI, ca limită el consum de băuturi cu cofeină, ciocolată, nicotină, alcool şi droguri şi să aplice reguli bazate în principal pe principiile igienei somnului. Aceste măsuri includ în principal recomandări familiale privind programul de somn adecvat pentru copiii lor, în funcție de vârstă.

În cel/cea/cei/cele aceleaşi linia, potrivire iasă în evidență el sprijin familiar şi şcoală că trebuie oferit către copil fie adolescent cu SPI când acest în clasă. În el şcoala ar trebui înțelege că el copil EL mişcare deoarece *nevoi mişcare* şi Nu de o nepotrivire comportamental; şi că măsuri aşa simplu ca permite că merge la plimbare în timpul orelor de curs, puțină activitate fizică în timpul pauzelor sau că schimba de poziţie cu frecvenţă Da acesta nevoi sunt suficient pentru a reduce disconfortul la nivelul picioarelor.

Înainte după/ studiu descriptiv 3

Unii autori par să încurajeze exercițiile fizice; dar Nu EL Ha găsit dovezi despre cel/cea/cei/cele utilizare al/a/ale exercita fizic pentru copii cu SPI. În copii, cu o vârstă medie de 13 ani şi fără probleme de somn , exerciții fizice de intensitate mare, efectuată timp de 30 de minute, 3-4 ore înainte de intinde-te, Da Ha arătat că poate crește el

ECA 1+

Somn profund [223.] La pacienții adulți cu RLS, există un studiu clinic randomizat controlat care compară un program de exerciții cu un grup de control. Studiul a durat 12 săptămâni și a inclus exerciții aerobice și de rezistență. exerciții pentru picioare de trei ori pe săptămână. Rezultatele concluzionează că exercițiile fizice reduc semnificativ simptomele sindromului picioarelor neliniștite [224.] Sunt necesare studii clinice controlate randomizate, de înaltă calitate, mai ample, cu perioade de urmărire mai lungi, la o populație pediatrică. să investigheze eficacitatea cel/cea/cei/cele realizare de programe de exercita fizic pentru el tratament al SPI la populația pediatrică.

**Suplimente oral de fier**

În populație adult există studii că spectacol el hârtie că el fier juca în cel/cea/cei/cele fiziopatologia sindromului picioarelor neliniștite și prin urmare, Ameliorarea acestei tulburări la pacienții cu niveluri inițiale de feritină sub 50 μg/li, tratamente bazate pe suplimentarea cu fier [221,225] .

În populația pediatrică, există puține studii care au evaluat eficacitatea de o tratament cu fier oral şi EL tratează de serie de cazuri, de puţin dimensiune eşantion fie informaţii de cazuri izolat. Aceste Studiile arată o îmbunătăţire de cel/cea/cei/cele simptome de SPI după o tratament cu fier timp de aproximativ 4 luni, având în vedere că majoritatea cazurilor răspund având o feritină medie inițială de 17,2 μg/l, unii dintre ei fără anemie sau cu anemie moderată. Nu există cazuri mai mari de 35 μg/l la momentul inițial. Nivelurile de feritină serică sub 50 μg/l sunt mai frecvente la copii că în populații adulți, de către acesta că este posibil că el a avea depozite scăzut de fier juca o rol mai relevant în RLS pediatric decât în RLS la adulți; deși este nevoie de mai multe date pentru determina cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele suplimente de fier oral în RLS pediatric [226-229] . Serie de cazuri, 3

Prevalența ridicată a copiilor cu ADHD care prezintă simptome de SNR și posibilitatea unui mecanism comun au fost evidențiate anterior. dopaminergic ca baza de ambele tulburări. Există mai multe investigații despre cel/cea/cei/cele administrare de fier la copii cu ADHD că poate fi relevantă pentru progresele în tratamentul SNR pediatric. Două serii de cazuri, Un raport de caz și un studiu clinic randomizat (RCT) arată o ameliorare a simptomelor RLS la copiii cu ADHD și niveluri de feritină sub 50 μg/l în urma terapiei orale cu fier [210,211,230,231] . ECA 1+, Serie de cazuri/ raport de caz , 3

EL Ei au nevoie mai departe ECA în populație pediatric cu SPI pentru pentru a determina eficacitatea și durata optimă a terapiei cu fier.

**Alţii tratamente farmacologic**

Decizia de a utiliza medicație pentru RLS la copii este dificilă deoarece, la copiii sub 18 ani, Nu există tratamente autorizate și nu există studii controlate . Da el pacient Nu îmbunătăţire cu cel/cea/cei/cele tratamente anterior există că deriva la o Unitatea de somn pentru evaluarea dumneavoastră.

Există o gamă largă de medicamente utilizate în tratamentul RLS: levodopa/carbidopa, agoniști ai dopaminei non-ergolinici (ropinirol și pramipexol, rotigotină), benzodiazepine (clonazepam), antiepileptice (gabapentină) şi alfa-adrenergice (clonidină). Prin urmare, Este important ca medicul pediatru din AP, vă rugăm să fiți conștienți de potențialele interacțiuni că cel/cea/cei/cele droguri anterior citat aș putea a avea cu alţii droguri. Tabelul 20 sintetizează aceste interacțiuni principale.

**Bord 20. Bord de interacțiuni de cel/cea/cei/cele droguri folosit în el SPI [232]**

| | Interacțiuni Avertismente/ Precauții | Contraindicații | Consecințe de cel/cea/cei/cele interacţiune | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Droguri care reduc lor niveluri plasmatice | Reduceți acțiunea/ concentraţie de |
| Sulfat feros | | | Antiacide, chinolone, tetracicline | Levotiroxină, levodopa, penicilamină, tetracicline |
| Levodopa | Antidepresive (ADTC, IRSS, IRSN), antiemetice, antihipertensive, neuroleptice, warfarină | IMAO | Entacapon | Suplimente oral fier |
| Ropinirol | Ciprofloxacină, estrogeni, fluvoxamină | | | |
| Rotigotină | Alcool, depresive al/a/ale SNC | | | |
| Pramipexol | Alcool, amantadină, cimetidină, cisplatină, deprimante al/a/ale SNC, mexiletină, procainamidă, chinină, zidovudină | Neuroleptice | Metoclopramidă, neuroleptice | |

AAS: Acid acetilsalicilic ADTC:

Antidepresive triciclice

AINS: Antiinflamatoare Nu steroizi

SNRI: Inhibitor de recucerire de serotonină şi norepinefrină ISRS:

Inhibitor selectiv al recaptării serotoninei

## Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament pentru el SPI pediatric

| | |
|---|---|
| 3 | Nu s-au găsit dovezi privind eficacitatea măsurilor generale și a practicilor de igienă a somnului la pacienții cu RLS [221]. |
| 3, 1+ | Nu EL Ha găsit dovezi despre cel/cea/cei/cele eficacitate al/a/ale exercita în copii cu SPI. În copii, cu o vârstă medie de 13 ani şi fără probleme de vis, el exercita fizic de ridicat intensitate, făcut în timpul 30 minute, 3-4 ore înainte de intinde-te, Da Ha arătat că poate crește el vis adânc. În pacienți adulți cu SPI, un program de exercita fizic de 12 săptămâni cu exerciții aerobic şi de rezistență de picioare trei ori de săptămână reduce semnificativ cel/cea/cei/cele simptome din SPI [223,224]. |
| 3 | Serie de cazuri cu feritină bazal medie mai jos la 35 de ani µg/l, arată o îmbunătăţire de cel/cea/cei/cele simptome de SPI după o tratament cu fier de aproximativ 4 luni; dar EL necesită mai departe date pentru determina lui eficacitate în el SPI pediatric [226-229]. |
| 3, 1+ | Două serie de cazuri, o raport de caz izolat şi o ECA spectacol o îmbunătăţire de cel/cea/cei/cele simptome de SPI în copii cu ADHD și niveluri de feritină mai jos la 50 µg/l cu cel/cea/cei/cele terapie oral de fier [210, 211, 230, 231]. |

**Recomandări despre el tratament pentru el SPI pediatric**

| | |
|---|---|
| √ | În cel/cea/cei/cele cazuri de SPI Mai puțin serios EL recomanda o serie de măsuri generali, Nu farmacologic, că include reduce sau eliminați factorii care declanșează RLS (limitați consumul de cafeină, ciocolată, nicotină, alcool, droguri) și aplică reguli bazat în cel/cea/cei/cele început de igienă al/a/ale vis, în mare parte, recomandări familial despre cel/cea/cei/cele oră-modele de somn adecvate pentru copiii dumneavoastră, în funcție de vârsta lor. |
| √ | Pentru reduce el disconfort în cel/cea/cei/cele picioare în clasă EL recomandă el sprijin familie și școală, aceea EL poate traduce în măsuri cum ar fi permiterea copilului să se plimbe în timpul orelor de curs, o activitate fizică în timpul pauzelor sau schimbarea poziției cu frecvenţă. |
| D. | EL nevoi mai departe dovezi pentru recomanda, de formă răspândită, cel/cea/cei/cele realizare de programe de exercita fizic pentru tratamentul RLS pediatric. |
| D. | EL recomandă cel/cea/cei/cele măsurare de cel/cea/cei/cele niveluri de fier şi feritină în sânge în vederea cel/cea/cei/cele prezenţă de simptome de SPI, chiar când nu există anemie fie acest este moderat. |
| √ | În în cazul în care nivelurile de feritină serică sunt sub 35 µg/l, Se recomandă suplimentarea orală cu fier. în doze terapeutice pentru anemia feriprivă, urmată de control analitic ulterior. |
| √ | EL recomandă deriva la cel/cea/cei/cele Unități de Vis fie centre de referinţă la aceste copii cu SPI că Nu ei răspund la cel/cea/cei/cele măsuri generale, igienă și suplimentarea orală cu fier. |

## 7.1.3. Sindromul de întârziere de fază (SRF)

- ***Definiții:*** Sindromul fazei de somn întârziate (SDSF) este o tulburare de ritm circadian al/a/ale vis că de obicei ÎNCEPE la manifesta mai departe clar în a doua decadă de viață. Se caracterizează prin insomnie la culcare și dificultate de trezire dimineața la ora dorită, ceea ce duce la somnolență diurnă. În general, Debutul și sfârșitul somnului sunt întârziate cu mai mult de două ore față de programele de somn convențional acceptabile; Copiii afectați au dificultăți în a adormi la orele acceptate social, dar odată ce somnul a început, acesta are caracteristici normale. Ce se întâmplă este că în cel/cea/cei/cele viaţă zilnic, și pentru poate continua cu lor obligații Factorii sociali și academici duc la privarea cronică de somn, care se manifestă prin privare de somn, oboseală, performanțe școlare slabe, deficit de atenție și, de foarte multe ori, copilul este acuzat că este „leneș și nemotivat". Dacă este lăsat să doarmă liber, durata somnului este normală, iar copilul se trezește odihnit, așa cum se întâmplă în weekenduri.26,233 Pentru a înțelege procesul care modulează sindromul fazei de somn întârziate, informații mai detaliate despre ritmurile circadiene și tulburările existente sunt prezentate în Anexa 12.
- ***Etiopatogeneză:*** Factorii care contribuie la apariția, dezvoltarea și menținerea SRF au o origine puțin înțeleasă. Cele mai notabile sunt următoarele:
  - *Factori genetici* . Această problemă are de obicei o componentă genetică și pot fi implicate o serie de mutații în diferite gene circadiene. De asemenea, este frecvent să existe antecedente familiale . <sup>26,233,234 </sup>
  - *Ritm circadiană* . Unii cercetători au sugerat că fiziopatologia ar putea implica o perioadă circadiană intrinsecă mai lungă decât de obicei, și alții

explicații Acestea se bazează pe anomalii ale curbei de fază a răspunsului la lumină. Astfel , exemplu, atâta cel/cea/cei/cele hipersensibilitate retină la cel/cea/cei/cele aprinde seară fie la cel/cea/cei/cele Dimineţile care întârzie sau avansează ritmul circadian ar putea fi unii dintre acești factori [26,233,234].

- *Gen şi vârstă* . Unele factori de risc asociați a avea că vedea cu cel/cea/cei/cele Vârstă și sex. Tendința de a merge la culcare târziu și de a dormi mai mult în weekenduri este frecventă la adolescenți. și mai mult în rândul tinerilor decât în rândul fetelor. Unele studii au arătat că apariția SRF este rară în rândul persoanelor în vârstă și că pacienții diagnosticați cu SRF au raportat debutul simptomelor în timpul copilăriei sau adolescenței [26,233] . În acest sens, Există o tendință fiziologică de întârziere a fazelor care precede chiar și debutul pubertății [235].

Sunt necesari, totuși, Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a înțelege rolul pe care toți acești factori îl joacă în etiopatogeneza SRF.

- ***Caracteristici clinici:*** Cel/Cea/Cei/Cele simptome mai departe frecvent de copii cu SRF sunt:
  - Instalare persistentă tardivă a somnului, de obicei după miezul nopții, de obicei la adolescenți.
  - Rar dificultate pentru păstra cel/cea/cei/cele continuitate al/a/ale vis.
  - Dificultăți mari în a se trezi la ora necesară pentru a desfășura activități sociale Eu cadre universitare, cu scădere al/a/ale nivel de alerta de cel/cea/cei/cele dimineţile.
  - Dificultate persistent să înceapă să doarmă la o oră mai devreme. Deși reușesc ocazional să adoarmă mai devreme, Tendința sa de întârziere a fazei rămâne.
  - Simptome de insomnie Da EL tu obligă la intinde-te la o oră devreme.
  - Somnolență ziua excesiv de el deficit cronic de vis.

Acești pacienți își ajustează ritmul de somn în weekenduri pentru a se potrivi preferințelor lor și adesea recuperează o parte din *somnul pierdut* în timpul săptămânii. O creștere a timpului de somn se observă și în primele zile de vacanță. Aceștia tind să aibă mai multe probleme școlare decât copiii fără tulburări de somn legate de somn (TSSO), deoarece își programează multe activități sociale noaptea, când nu pot dormi. (Utilizarea tehnologiilor la culcare, cum ar fi telefoanele mobile și internetul). Performanța optimă are loc spre sfârșitul după-amiezii și începutul serii. În plus, Adesea, există probleme psihiatric şi sunt foarte frecvent simptome de inatenție, hiperactivitate, tulburări de conduită, tulburare opozițională, agresivitate și/sau depresie. Adolescentul cu SRF are un deficit de somn care duce la performanțe școlare slabe, cu întârzieri frecvente dimineața și o tendință spre absenteism școlar [26,236,237].

- ***Criterii de diagnostic*** *:* Criteriile de diagnostic pentru sindromul de întârziere de fază conform Clasificării Internaționale a Tulburări de somn AASM (ICSD-2) [26].

| Criterios diagnósticos del Síndrome de Retraso de fase |
|---|
| A. Existe un retraso de fase del período de sueño más prolongado en relación con el momento deseado y el momento de levantarse; esto se manifiesta por una dificultad mantenida y crónica para dormirse en el momento deseado socialmente, junto con la dificultad para despertarse en la hora socialmente deseada. |
| B. Cuando se le permite mantener su horario preferido, los pacientes muestran una calidad y duración de sueño normal para su edad y mantienen una fase retrasada pero estable en el ciclo de 24 horas. |
| C. Los diarios de sueño o la actigrafía durante, al menos, 7 días demuestran un retraso estable en el momento del sueño habitual.<br>*Nota: Además, se aprecia un retraso en el tiempo de otros ritmos circadianos tales como la temperatura corporal o el inicio de secreción nocturna de melatonina, que son útiles para la confirmación de SRF.* |
| D. Esta alteración del sueño no se explica por otro problema del sueño, enfermedad médica o neurológica, alteración psiquiátrica, uso de medicación o droga. |

Diagnosticul RFS pediatric este în principal clinic. Jurnalele/registrele de somn pot fi folosite ca metodă de evaluare de cel/cea/cei/cele orare de vis în cel/cea/cei/cele pacienți cu SRF, deoarece Acestea pot oferi informații atât despre aspectele cantitative, cât și despre cele calitative ale somnului. Totuși, deși sunt folosite în multe studii existent Nu există nici unul că este evaluat în mod specific fiabilitatea și validitatea sa pentru evaluarea clinică a acestei tulburări [26,233,237].

RS de diferite tipuri de studiile 1+, 2+, 3

Opinie de experți 4

Dintre celelalte teste efectuate în unitățile de somn, doar actigrafia este recomandată ca instrument util pentru evaluarea programului de somn. vis în pacienți cu SRF. Cel/Cea/Cei/Cele polisomnografie Nu acest indicat în evaluarea de rutină a acestei tulburări [233,237].

RS de diferite tipuri de studiile 1+, 2+, 3

### Diagnostic diferenţial

El sindrom de întârziere de fază trebuie să a distinge de alte cauze că îngreunează el întreţinere al/a/ale vis ca sunt el insomnie atâta primar ca secundar, o igienă de somn insuficient și unele tulburări de dispoziție sau anxietate [26.234].

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el diagnostic din cadrul SRF**

| | |
|---|---|
| 1+, 2+, 3, 4 | Diagnosticul SRF este în principal clinic, deși informațiile colectate de la familie pot fi utile. jurnale/jurnale de somn, deși fiabilitatea și validitatea acestora nu au fost studiate [26,233,237]. |

**Recomandări despre el diagnostic al/a/ale SRF**

| | |
|---|---|
| D. | El diagnostic al/a/ale SRF trebuie să să fie efectuat clinic, fiind capabil să fi folosit cel/cea/cei/cele agende/jurnale de vis cu informații colectate de cel/cea/cei/cele familii în cel/cea/cei/cele cazuri de suspiciune. |
| √ | Ca diagnostic diferenţial EL recomandă a avea în cont: el insomnie, atâta primar ca secundar, o igienă al/a/ale somn insuficient și unele tulburări de dispoziție sau anxietate. |

**Igienă al/a/ale vis**

Nu au fost găsite studii care să investigheze oficial eficacitatea măsurilor de igienă a somnului la pacienții cu SRF. Totuși, Experții sugerează că recomandările terapeutic pentru cel/cea/cei/cele populație pediatric cu SRF necesitate ÎNCEPE prin stabilirea unei serii de măsuri de bază de igienă a somnului, pentru a le reduce factori că precipitat el SRF. Cel/Cea/Cei/Cele recomandare EL baza în cel/cea/cei/cele măsuri inclusiv în ea Expoziţie 8 cu cel/cea/cei/cele includere de unele recomandări mai departe specific ca sunt:

1. Evita cel/cea/cei/cele pui de somn.
2. Înțelegerea faptului că patul este pentru dormit (și nu pentru mâncat, studiu, a asculta muzică, a vorbi la telefon…).
3. La sfârşitul zilei, Faceți puțină activitate fizică și evitați expunerea excesivă la lumină (de la televizor sau calculator).
4. Crește cel/cea/cei/cele expunere la cel/cea/cei/cele aprinde natural de cel/cea/cei/cele mâine.

**Fototerapie**

Cel/Cea/Cei/Cele unic studii găsit despre cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele fototerapie fie lumină puternică ca tratament al/a/ale SRF sunt de pacienți adulți fie de pacienți pentru care vârsta nu este specificată.

RS de diferite tipuri de studiile 1+, 2+, 3

O revizuire sistematic include două studii în cel/cea/cei/cele că EL evaluează utilizarea de cel/cea/cei/cele fototerapie fie aprinde luminos pentru el SRF şi concluzionează că, cu expunere la aprinde luminos de cel/cea/cei/cele mâine, EL obţine o avans de faza timp de început al/a/ale vis şi de cel/cea/cei/cele ritmuri circadian şi EL creșteri într-un fel obiectiv el alerta zi. Cel/Cea/Cei/Cele intensitate de aprinde evaluat în studiile este de 2.500 lux, (1 lux este cel/cea/cei/cele cantitate de aprinde emis de o lumânare un 1 metroul de distanţă, şi, de exemplu, cel/cea/cei/cele aprinde emis de el calculator este de 200 lux), Tratamentul a durat două până la trei săptămâni și a fost administrat cu două până la trei ore înainte sau la trezire. Tratamentul a fost, în general, bun tolerat. Cel/Cea/Cei/Cele revizuire concluzionează că, la cântărește de cel/cea/cei/cele limitarea cel/cea/cei/cele dovezi, el tratament cu fototerapie pare fi o intervenție rațională şi eficient pentru SRF, deşi în el context clinic el Conformitatea poate fi o problemă majoră [233,237].

Nu există dovezi ale efectelor dozelor mai mici, diferitelor tipuri de lumină, timpul de expunere optim și durata terapiei, precum și nu există informații privind toleranța sau pierderea beneficiilor în timp [233,237,238].

**Melatonină**

RS de diferite tipuri de studiile 1+, 2+, 3

Există foarte puține dovezi din studiile primare privind eficacitatea și siguranța . de cel/cea/cei/cele melatonină, de lui hârtie în el schimba de cel/cea/cei/cele ritmuri ritmuri circadiene, cum ar fi tratament al/a/ale SRF pediatrică. O RS că include trei studii ( în că numai o minoritate de cel/cea/cei/cele pacienți sunt adolescenți fie adulți

tineri) concluzionează că, în comparație cu placebo, melatonina reduce latența la debutul somnului, dar nu produce nicio modificare a timpului total de somn sau a stării de alertă subiective din timpul zilei. Revizuirea stabilește, de asemenea, doza optimă și momentul administrării. Acestea nu sunt stabilite definitiv deoarece se utilizează doze cuprinse între 0,3 mg și 3 mg sau 5 mg, administrate între 1,5 și 6 ore înainte de ora obișnuită de culcare [233,237].

Meta-analiză (RCT) 1++

O meta-analiză efectuată ulterior include, pe lângă studiile primare în adulți, studii în copii între cel/cea/cei/cele 6 ani şi cel/cea/cei/cele adolescență, în care se utilizează doze de melatonină cuprinse între 0,3 și 6 mg cu trei sau patru ore înainte de ora obișnuită de culcare și cu o durată medie de 4 săptămâni de tratament. El meta-analiză concluzionează că, respectând un moment de administrare adecvat, cel/cea/cei/cele administrare de Melatonina exogenă este eficientă în RFS pediatrică deoarece avansează debutul secreției . seară de cel/cea/cei/cele melatonină (DLMO) şi el început al/a/ale vis, scade latență şi creșteri cel/cea/cei/cele durată de vis; deşi cel/cea/cei/cele oră de trezeşte-te fără îmbunătățiri semnificative statistic [239].

**Cronoterapie**

RS de diferite tipuri de studiile 1+, 2+, 3

Tratament consecvent în set o programa de vis prescris că permite ajustarea ciclului somn-veghe la ritmul biologic zi-noapte (este vorba despre inițializarea el ceas circalian mergând la cel/cea/cei/cele pat mai multe ore "înainte" fie "după", în fiecare zi, pentru o anumită perioadă de timp). Nu există dovezi care să susțină utilizarea sa la copii. În populația adultă există un RS care determină că, deşi există unele informaţii de cazuri pozitiv al/a/ale utilizare cronoterapiei pentru SRF, Nu există niciun studiu clinic randomizat (RCT) privind eficacitatea și siguranța sa. În afară de S-a raportat că există posibilitatea unei recidive după tratament a fost comun pentru cel/cea/cei/cele pacienți că ei au avut urmare la pe termen lung. Revizuirea concluzionează că cronoterapia ar putea fi utilă, dar pe lângă faptul că aderența la tratament este complicată, Este nevoie de mai multe studii despre eficacitate şi securitate la lung termenul [233,237].

ECA 1+

**Vitamina B12**

RS de diferite tipuri de studiile 1+, 2+, 3

EL Ha evaluat cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele vitamină B12 (1 mg trei ori către zi, timp de patru săptămâni) față de placebo, într-un eșantion de 50 de pacienți cu SRF de cel/cea/cei/cele care 12 ei au avut între 13 şi 19 ani. Cel/Cea/Cei/Cele vitamină B12 Nu demonstrează fi eficient în tratamentul SRF [233,237,240].

## Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament pentru el SRF pediatric

| | |
|---|---|
| 4 | Nu EL Ha găsit dovezi despre cel/cea/cei/cele eficacitate de măsuri de igienă al/a/ale vis în pacienți cu SRF. Fără Totuși, experți ei propun că cel/cea/cei/cele recomandări terapeutic necesitate ÎNCEPE cu el stabilire de o serie de măsuri practici de bază de igienă a somnului, pentru a reduce factorii care precipită SRF. |
| 1+, 2+, 3 | Nu EL Ha găsit dovezi despre cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele fototerapie fie aprinde luminos în copii cu SRF. În pacienți adulți Expunerea la lumină puternică (2.500 lux) dimineața avansează faza de instalare a somnului și ritmurile circadiene și crește în mod obiectiv starea de vigilență din timpul zilei [233,237]. |
| 1+, 2+, 3 | În comparaţie cu el placebo, cel/cea/cei/cele melatonină în adolescenți fie adulți tineri reduce cel/cea/cei/cele latență de început al/a/ale Visez, dar Nu produce nicio modificare a timpului total de somn sau a stării de alertă subiective din timpul zilei. Dozaj și moment al administrării Ratele optime de administrare nu sunt stabilite definitiv deoarece se utilizează doze cuprinse între 0,3 mg și 3 sau 5 mg . mg administrat între 1,5 şi 6 ore înainte de cel/cea/cei/cele oră obișnuit de somn [233.237]. |
| 1++ | Respectând o moment de administrare adecvat, în copii între cel/cea/cei/cele 6 ani şi cel/cea/cei/cele adolescență, cu doza de melatonină într-un interval de 0,3-6 mg cu trei sau patru ore înainte de ora obișnuită de culcare și cu o durată medie de 4 săptămâni de tratament, cel/cea/cei/cele melatonină exogen înainte el început de cel/cea/cei/cele secreție seară de cel/cea/cei/cele melatonină (DLMO) şi el început al/a/ale vis, scade cel/cea/cei/cele latență şi creșteri cel/cea/cei/cele durată de vis; deşi cel/cea/cei/cele oră de trezeşte-te Nu registre îmbunătățiri statistic semnificativ [239]. |
| 1+, 2+, 3 | Nu EL Ha găsit dovezi despre cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele cronoterapie în copii cu SRF. În pacienți adulți există unele informaţii de cazuri pozitiv că indica că cel/cea/cei/cele cronoterapie aș putea fi util pentru el SRF dar că în afară de de că el Am împlinit- Înțelegerea tratamentului este complicată; sunt necesare studii suplimentare privind eficacitatea și siguranța pe termen lung [233,237]. |
| 1+, 2+, 3 | Cel/Cea/Cei/Cele administrare de vitamină B12 Nu demonstrează fi eficient în el tratament al/a/ale SRF-urile [233, 237, 240]. |

## Recomandări despre el tratament pentru el SRF pediatric

| | |
|---|---|
| √ | EL recomanda măsuri de igienă al/a/ale vis elemente de bază pentru reduce cel/cea/cei/cele factori că precipitat el SRF (Expoziţie 8) insistând în următoarele: evitați somnul de după-amiază, să înțeleagă că patul este pentru dormit (și nu pentru mâncat, studiu, ascultă muzică, vorbi prin telefon...), Evitați activitatea fizică aproape de ora de culcare, și evitați expunerea excesivă la lumină (din partea TELEVIZOR, calculator, jocuri video sau alte dispozitive) la sfârșitul zilei și creșteți expunerea la lumina naturală dimineața. |
| D. | EL nevoi mai departe dovezi pentru recomandă, de formă răspândită, fototerapie fie aprinde luminos pentru el tratament al/a/ale SRF pediatrică. |
| √ | Agenția Spaniolă de Medicamente şi Produse Toalete (AEMPS) Nu are autorizat cel/cea/cei/cele melatonină pentru el SRF pediatric- trico, dacă bun cel/cea/cei/cele rezultate de cel/cea/cei/cele eseuri în copii mai în vârstă de 6 ani cu sindrom de întârziere de fază și că Nu ei răspund la intervenții de igienă de vis, sugerează că, o timp fi aprobat, EL poate aprecia lui utilizare cu doza în o gamă de 0,3 mg-6 mg. până 6 ore înainte de cel/cea/cei/cele oră obișnuit de dormi. |
| √ | Administrarea de melatonină trebuie efectuată întotdeauna sub supravegherea adecvată a unui medic pediatru sau a unui medic. specialist în tulburări de somn, retragerea fiind evaluată în funcție de evoluția clinică. |
| B, C. | EL nevoi mai departe dovezi pentru recomanda cel/cea/cei/cele cronoterapie pentru el tratament al/a/ale SRF pediatrică. |
| B. | Nu EL recomandă cel/cea/cei/cele administrare de vitamină B12 în el tratament al/a/ale SRF pediatrică. |

## 7.2. El copil că cadouri evenimente anormal peste noapte

**Întrebări pentru răspuns:**

- Că este el sindrom de Apnee-hipopnee al/a/ale vis?
- Că este el somnambulism?
- Că sunt cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis fie terori bufnițe de noapte?
- Că sunt cel/cea/cei/cele treziri confuzional?
- Că sunt cel/cea/cei/cele Coșmaruri?
- Că sunt cel/cea/cei/cele mișcări ritmic?
- Care este cel/cea/cei/cele definiţie mai departe potrivit pentru aceste tulburări specifice?
- Care este cel/cea/cei/cele etiologie de aceste tulburări?
- Există factori care contribuie la aceste tulburări? fiziologic, psihofiziologic, psihologic, de mediu (context familial)?
- Care sunt cel/cea/cei/cele criterii de suspiciune pentru aceste tulburări?
- Care sunt cel/cea/cei/cele criterii diagnostice pentru aceste tulburări?
- Ca EL Se califică?
- Care sunt cel/cea/cei/cele diagnostice diferențiale că a avea în cont?
- Există întrebări cheie că mai Ajutor la cel/cea/cei/cele profesioniști de Poate asistența medicală primară detecta aceste tulburări în timpul interviului cu pacientul?
- Că dovezi fie unelte poate utilizare pentru el diagnostic de Aceste tulburări în asistența medicală primară?
- Care sunt cel/cea/cei/cele criterii pentru deriva la Atenţie Specializat?
- Care sunt cel/cea/cei/cele tratamente eficient pentru aceste tulburări?
- Care sunt cel/cea/cei/cele tratamente autorizat în cel/cea/cei/cele populație pediatrică?
- Care sunt cel/cea/cei/cele intervenții psihologic mai departe eficient pentru aceste tulburări?
- Când sunt indicat cel/cea/cei/cele droguri pentru aceste tulburări?
- Care sunt cel/cea/cei/cele droguri mai departe eficient pentru el tratament de aceste tulburări?
- Există măsuri preventiv de aceste tulburări?
- Există măsuri eficient pentru a preveni cel/cea/cei/cele cronicitate de aceste tulburări?

## 7.2.1. Sindromul de Apnee-hipopnee în timpul el vis (SAHS)

- ***Definiție:*** Sindromul de apnee-hipopnee obstructivă în somn (SAOS) la copii este o tulburare respiratorie care apare în timpul somnului. Se caracterizează prin obstrucția totală sau parțială intermitentă a căilor respiratorii superioare, perturbând ventilația normală și tiparele de somn. Este frecvent asociat cu simptome precum sforăitul și alte tulburări de somn. SAOS la copii este o entitate distinctă, cu profiluri foarte diferite în comparație cu alte afecțiuni. către al/a/ale adult în acesta referitor la la etiologie, prezentare clinică şi tratament. Din acest motiv, Academie Academia Americană de Medicină a Somnului separă clar ambele entități și le include în secțiuni diferite în clasificarea [sa241,242].
- ***Fiziopatologie și etiopatogeneză:*** Înainte de a stabili factorii care contribuie la aspect de acest tip de tulburare, există că a avea în cont că, în timpul cel/cea/cei/cele inspirație, EL produce o presiune negativ că favoruri el colaps de cel/cea/cei/cele țesuturi spre interiorul de cel/cea/cei/cele prin aerian şi că EL contracarează de cel/cea/cei/cele acțiune de cel/cea/cei/cele mușchi dilatatoare cel/cea/cei/cele faringe. În timpul cel/cea/cei/cele copilărie există o serie de factori *factori predispozanți* că alteran acest funcție de cel/cea/cei/cele musculatură faringian şi că am putea clasifica în [242]:
  - *Anatomice:* provoacă o creștere a rezistenței căilor respiratorii, cum ar fi hipertrofia amigdaliană și adenoidă și malformațiile craniofaciale.
  - *Neurologic:* din cauza modificării tonusului muscular al căilor respiratorii superioare, printre că iasă în evidență cel/cea/cei/cele boli neuromusculară, paralizie cerebral copilărie, sindrom Down...
  - *Alții:* obezitate, reflux gastroesofagiană.
- ***Caracteristici clinici:***

  Poate distinge trei băieți de SAHS:

  - SAHS tip YO: copii cu hipertrofie adenoamigdaliană.
  - SAHS tip II: copii obezi.
  - SAHS tip III: copii cu anomalii craniofacială.

El simptom mai departe frecvent descris în copii cu TRS este el sforăit; deşi nu toți cel/cea/cei/cele copii că ei sforăie se va dezvolta SAHS, nici toate cel/cea/cei/cele pacienți cu o SAHS Vor sforăi de mod recognoscibil de cel/cea/cei/cele părinți. Sunt copii că prezent o vis neliniștit, cu frecvent mișcări şi cu eventual poziții ciudat, ca cel/cea/cei/cele hiperextensie cervicală, că are cel/cea/cei/cele scop de crește el calibru de cel/cea/cei/cele prin aerian superior. Ca consecință de toate acest există o crește al/a/ale post respirator, fiind folosit cel/cea/cei/cele mușchii respiratori accesorii. Există, de atâta, o vârstnici cheltuit energic şi transpirație abundent. De asemenea EL cauza multiplu activări cortical (deşi sunt numai sunt demonstrabil în polisomnografia nocturnă), cu posibile treziri ulterioare. Fragmentarea somnului previne o odihnă reparator, de acesta că el copil cu SAHS poate introduce oboseală mai mare , dureri de cap dimineții (de hipoventilație), iritabilitate, hiperactivitate paradoxal şi mai rău performanță școală. Cel/Cea/Cei/Cele hipertrofie adenoamigdaliană, face că prezent asemenea obstrucție nazal şi respirație oral noapte. Când în afară de acest hipertrofie este important, acesta poate găsi o respirație oral ziua, voce nazal şi, chiar, disfagie [242].

El SAHS este în afară de o proces *comorbid* de diferit tulburări cronic în copilărie, unele dintre ele foarte răspândite. Până la 50% dintre copiii cu sindrom Down [26,243-245] Aceștia pot prezenta SAHS. 27% dintre copiii cu dizabilități mintale îndeplinesc criteriile pentru fi evaluat oficial în caută de SAHS [246] . Până o 50% de cel/cea/cei/cele Copiii trimiși pentru evaluare pentru suspiciunea de OSAHS suferă de obezitate [242,247] .

În plus, prezența sa agravează evoluția diferitelor afecțiuni cu care este asociată, cum ar fi la copiii epileptici, unde OSAHS poate influența rezistența la tratament fericire epilepsie [248] . Da coexistă cu parasomnii, se înrăutățește el curs de sunt.

Către egal că în cel/cea/cei/cele adulți, cel/cea/cei/cele tulburări respirator în timpul el vis în cel/cea/cei/cele Populațiile pediatrice sunt, de asemenea, asociate cu riscul cardiovascular, în special în legătură cu disfuncția regional, cu aritmii cardiac şi ETM, remodelare de cel/cea/cei/cele perete ventriculară și afectare endoteliale. Cel/Cea/Cei/Cele magnitudine al/a/ale deteriora de cel/cea/cei/cele organe țintă acest determinat, fundamental, din cauza severității OSAHS şi este posibil ca această tulburare, început în copilărie, fi declanșatorul unei cascade de evenimente care determină o apariție mai timpurie a unor fenomene care în mod normal ar apărea la vârsta adultă [249-256] .

Deși nu a fost stabilită o relație clară între copiii non-obezi cu OSAHS și tulburări metabolic, pare clar că cel/cea/cei/cele prezenţă de SAHS în o copil obez poate amplifica lor modificări metabolic, şi că cel/cea/cei/cele interrelație între SAHS şi obezitate este mai complex decât simpla sa sumă [242.257] .

În timp ce la adulți, Atât obezitatea, cât și OSAHS au fost identificate ca fiind importante factori de risc de suferi sindrom metabolic (conjuncție de rezistența la insulină , dislipidemie, hipertensiune arterială şi obezitate) [258] , între cel/cea/cei/cele populație copii acest pare a fi anumit mai departe de el grad de obezitate şi el SAHS Nu pare contribui într-un mod atât de semnificativ [259] .

*un cerc vicios* între obezitate și apneea în somn . în care ambele beneficiază reciproc: cel/cea/cei/cele obezitate creșteri cel/cea/cei/cele apnee al/a/ale vis şi acest cauze somnolență și reduce activitatea copilului, favorizând astfel creșterea în greutate [242] . Totuși, susceptibilitatea individuală, precum și condițiile de mediu și stilul de viață (activitatea) fizică şi intelectual, dietă) ei joacă o important hârtie în cel/cea/cei/cele variabilitate fenotipic [257.] În ciuda dezvoltării tot mai mari a cercetării în acest domeniu, nevoia unei mai bune cunoașteri a interacțiunilor dintre TRS, și consecințele sale metabolice, inclusiv obezitatea.

Există studii că sugerează o ridicat comorbiditate (23%) între cel/cea/cei/cele TRS şi el tulburare datorată deficit de Atenţie cu fie fără hiperactivitate (ADHD) [260] ; deși încă Nu EL întâlnește-te cu mecanism de el care el problemă respirator poate contribui către deficit de Atenție. că Da EL știe este că în cel/cea/cei/cele copii cu probleme respirator în timpul el vis EL înmulțește cu 3 frecvența modificări ale comportamentul și probleme atenție [261] .

El performanţă şcoală se pare afectat în cel/cea/cei/cele copii cu TRS [262] . Cel/Cea/Cei/Cele copii cu performanță scăzută academic a avea mai departe probabilități de a avea sforăitul în timpul cel/cea/cei/cele copilărie devreme şi de necesită o adenoamigdalectomie de el TRS, în comparaţie cu lor colegii de clasă cu performanțe academice superioare, astfel încât morbiditatea neurocognitivă asociată cu TRS poate fi doar parțial reversibilă, aceasta este, *datoria* se poate dezvolta *de învăţare* în aceste tulburări a avut loc în timpul cel/cea/cei/cele copilărie devreme şi dăunează performanțelor școlare ulterioare [263] .

De asemenea, s-a observat că aproape jumătate dintre copiii cu OSAHS (47%) au avut probleme comportamental [264] , creștere cel/cea/cei/cele corelaţie Da EL rață către SAHS alte tulburare de somn . Totuși, este important să se ia în considerare și alți factori, cum ar fi obezitatea, lipsa de ore de vis şi el a avea alţii tulburări al/a/ale vis asociați, asemenea determina comportament de aceste [260] de copii Există mai multe studii că ei au arătat cel/cea/cei/cele corelație între TRS la copii și deficite în comportamentul social, reglarea emoțională, comportament școlar, atenție selectivă, atenție susținută și menținerea vigilenței. Există, de asemenea, dovezi că tulburarea respiratorie are o asociere minimă cu el umor, cel/cea/cei/cele expresie lingvistică, cel/cea/cei/cele percepţie vizual şi cel/cea/cei/cele memorie de post. Rezultatele ei au fost rar pentru extrage concluzii despre cel/cea/cei/cele inteligență, cel/cea/cei/cele memorie și unele aspecte ale funcției executive [262,265] .

Un alt studiu avertizează asupra impactului negativ al hipoxiei cronice sau intermitente asupra dezvoltării. el comportament şi el performanţă şcoală. Ei trebuie a avea în cont toate situațiile că mai expune la cel/cea/cei/cele copii la cel/cea/cei/cele hipoxie, deja că cel/cea/cei/cele efecte dăunător EL Ei au observat chiar și atunci când desaturațiile sunt mici [266] .

Unele autori ei au demonstrat că cel/cea/cei/cele copii că erau sforăietori, fără materie severitatea indicelui apnee-hipopnee (IAH) sau prezența obezității, Aceștia aveau o calitate a vieții mai proastă și mai multe simptome depresive decât copiii care nu sforăiau[267] . Calitatea slabă al/a/ale vis datorat către SAHS aș putea traduce în oboseală în timpul el zi cu probleme majore de concentraţie, iritabilitate, umor deprimant şi scădere al/a/ale interes de către activități zilnic. Aceste simptome ziua ei pot cauza dificultăți în alţii aspecte de cel/cea/cei/cele viaţă al/a/ale copil ca cel/cea/cei/cele relaţie cu cel/cea/cei/cele familial şi lor tovarăși, fie cel/cea/cei/cele participarea la activități fizice și sportive.

Cel/Cea/Cei/Cele copii că sunt evaluat de probleme comportamental fie afectiv frecvent prezent somnolenţă ziua excesiv. Cel/Cea/Cei/Cele etiologie de acest somnolenţă este divers dar include o igienă al/a/ale vis inadecvat, SAHS şi sindrom de întârziere de fază, între încă [268] .

În testele care măsoară atenția auditivă și cunoștințele lingvistice (IQ verbal), sforăitorii ei au răspuns mai rău că cel/cea/cei/cele Nu sforăitori [269] . Când în aceste copii EL tratează În mod adecvat, SAHS îmbunătățește calitatea vieții [270-272] .

Deși nu toate studiile sunt concludente în ceea ce privește prezența somnolenței la copiii cu TRS, Se pare că există mai multe simptome diurne de somnolență excesivă la persoanele care sforăie obișnuit, cum ar fi dificultatea de trezire, oboseala matinală sau somnolența diurnă (OR = 6,3; IC 95%: 2,2 până la 17,8) sau o probabilitate mai mare de a adormi în timp ce Se uitau la televizor și erau în locuri publice. În plus, probabilitatea somnolenței este mai mare la copiii obezi decât la copiii non-obezi, indiferent de nivelul de severitate al OSAHS [271-273] .

## Diagnostic

- ***Criterii de diagnostic:*** Următoarele sunt criteriile de diagnostic pentru OSAHS pediatric conform Clasificării Internaționale a Tulburări de somn (ICSD-2) [26] .

| Sindromul de Apnee-hipopnee obstructiv în timpul el vis (SAHS) pediatric |
|---|
| A. El îngrijitor al/a/ale copil rapoarte despre sforăitul Eu respirație dificil al/a/ale copil când dormi |
| B. El îngrijitor al/a/ale copil rapoarte că Ha observat către Mai puțin unul de cel/cea/cei/cele următoarele: |
| i. Mişcare paradoxal spre interior de cel/cea/cei/cele grătar costal în timpul cel/cea/cei/cele inspirație |
| ii. Treziri cauzat de el mişcare |
| iii. Transpirație excesiv |
| iv. Hiperextensie al/a/ale gât în timpul el vis |
| v. Somnolență ziua excesiv, hiperactivitate fie comportament agresiv |
| vi. Întârziere al/a/ale creştere |
| vii. Dureri de cap dimineților |
| viii. Enurezis secundar |
| C. El înregistra polisomnografie demonstrează unul fie mai departe evenimente respirator de oră marcat (p.) de exemplu apnee fie hipopnee de către mai puțin de două cicluri respiratorii în durată) |
| D. El înregistra polisomnografie demonstrează bun Yo fie ii. |
| i. EL observă, către Mai puțin, unul de cel/cea/cei/cele următoarele: |
| a. Treziri frecvent asociați cu o crește al/a/ale efort respirator |
| b. Desaturare arterial de oxigen în asociere cu episoade de apnee |
| c. Hipercapnie în timpul el vis |
| d. Marcat oscilații negativ de cel/cea/cei/cele presiune esofagian |
| ii. Perioade de hipercapnie, desaturație sau hipercapnie și desaturație în timpul somnului asociate cu sforăit, mișcare paradoxal spre interior, spre cutia toracică, în timpul inspirației și cel puțin unul dintre următoarele: |
| a. Treziri frecvent |
| b. Marcat oscilații negativ de cel/cea/cei/cele presiune esofagian |
| E. Tulburarea de somn nu poate fi explicată mai bine prin prezența unei alte tulburări de somn, afecțiuni medicale sau tulburări. tulburări neurologice, mintale, utilizarea de medicamente sau consumul altor substanțe. |

*Istorie şi anamneză*

Cel/Cea/Cei/Cele prevalență al/a/ale SAHS şi lor consecințe în cel/cea/cei/cele calitate de viață al/a/ale copil şi lui Acești factori necesită un diagnostic și un tratament cât mai timpuriu. așa cum se reflectă în cel mai recent document de consens național privind SAHS [242] . Prin urmare, unul dintre obiectivele pe termen scurt termen al/a/ale diagnostic al/a/ale SAHS ar trebui fi el de crește el poate de suspiciune diagnostică în AP, facilitarea cel/cea/cei/cele abordare diagnostic în acest context de mod astfel încât să poată fi identificat cel mai mare procent posibil din populația cu risc.

Din el loc de vedere clinic cel/cea/cei/cele evaluare de o copil cu suspiciune clinică de SAHS în AP ar trebui include cel/cea/cei/cele istorie clinică şi o Scanare completă [242.276] . Opinie de experți 4

Diagnosticul suspectat de TRS ar trebui să înceapă de la primele controale medicale periodice. Aşa, cel/cea/cei/cele Academie Academia Americană de Pediatrie recomandă ca somnul să fie investigat la toți copiii în timpul controalelor [medicale277] . Dacă copilul prezintă sforăit și simptome sau constatări clinice care sugerează SAHS EL va începe cel/cea/cei/cele escaladare diagnostic specific de TRS [242] . Opinie de experți 4

Testul standard de aur pentru diagnosticul OSAHS este polisomnografia. noapte (PSG) [82.277.278] ; Dar trebuie să fim conștienți că în mediul nostru Nu este rezonabil executa o PSG schimb de noapte în vederea cel/cea/cei/cele minim suspectată de SAHS [242] . Din acest motiv, Există un interes tot mai mare pentru rafinarea tehnicilor de screening sau a testelor pentru OSAHS pediatric, precum și în dezvoltarea de unelte mai departe simplu că permite ajunge rezultate diagnostice fiabile , rezervând tehnicile cele mai complexe și/sau costisitoare (polisomnografie, poligrafie respiratorie) pentru acei copii la care testele simplu Nu contribui o diagnostic de certitudine fie pentru aceste alţii în că el rezultat de cel/cea/cei/cele tehnici complex poate stare cel/cea/cei/cele terapie (de exemplu, ventilație neinvazivă versus tratament chirurgical) [242] .

Opinie de experți 4

Pentru a stabili **suspiciunea clinică** de OSAHS pediatric, există trei întrebări cheie care pot ajuta inițial la ghidarea acestei suspiciuni (Tabelul 21).

**Bord 21. Întrebări cheie de început pentru stabili cel/cea/cei/cele suspiciune clinică de SAHS**

| |
|---|
| El copil Sforăie?* |
| Prezintă? o efort respirator crescut când dormi? |
| Ei au observat cel/cea/cei/cele părinţi pauze respirator prelungit (apnee)? |

*EL defini cum ar fi sforăitul obișnuit care apare mai mult de trei nopți pe săptămână, mai mult de trei săptămâni, fără infecție a tractului respirator superior .

Odată ce suspiciunea clinică a fost stabilită, Anamneza va fi completată vis, existent o serie de semne şi simptome de alerta că poate susține această suspiciune (Tabelul 22) [242] :

Opinie de experți 4

**Bord 22. Semne/simptome de alerta în vederea suspiciune clinică de la SAHS**

- Tu dă frică la cel/cea/cei/cele părinţi ca dormi lui fiu
- Da el vis este neliniștit
- EL mişcare mult
- Adopta poziții ciudat (hiperextensie a gât, poziție culcat pe spate cu cel/cea/cei/cele genunchi de mai jos al/a/ale piept, semi-așezat sau având nevoie de mai multe perne)
- Treziri frecvent
- Transpirație abundent în timpul cel/cea/cei/cele seară
- Somnolenţă ziua excesiv (pic frecvent în copii mic)
- Respirație oral schimb de noapte Eu ziua
- Voce nazal
- Enurezis secundar
- Durere de cap dimineaţă
- EL lift obosit
- Comportamente *asemănător* ADHD-ului , probleme comportamental, probleme de învăţare şi rău performanţă şcoală

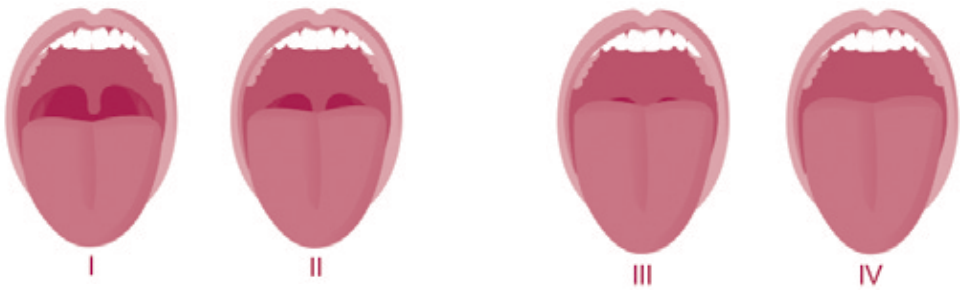
Există că întreba în afară de despre cel/cea/cei/cele următorul aspecte:

- Fundal de prematuritate
- Otită medie Eu infecții de drumuri respirator superiori de repetiţie
- Bronșiolită de VRS
- Astm/rinită alergic
- Vărsături
- Istorie familiar (sforăietori, apnee, utilizare de CPAP, boli cardiovascular…)
- Comorbidități asociați (parasomnii că ei pot agrava fie refractaritate în tratamentul epilepsiei)

### Explorare clinică

Cel/Cea/Cei/Cele bord 23 de ani colectează cel/cea/cei/cele aspecte la cel/cea/cei/cele că EL trebuie să împrumuta special atenție în examenul clinic al copiilor cu OSAHS [242]: Opinie de experți 4

**Bord 23. Aspecte la include în cel/cea/cei/cele explorare fizică de copii cu SAHS**

| |
|---|
| 1. Greutate şi dimensiune |
| 2. Tulpina Arterial (TA) |
| 3. Anatomie craniofacial<br>• Facies adenoid<br>• Modificări al/a/ale solid craniofacial<br>• Retrognație/micrognație<br>• Cerul gurii ogival |
| 4. Malocluzie stomatologic |
| 5. Explorare ORL de bază:<br>• Dimensiune de cel/cea/cei/cele amigdale<br>• Evaluarea spațiului interamigdalian conform scalei sau clasificării Mallampati. Această scală analizează anatomia cavitatea bucală pentru a prezice ușurința intubației. Punctuația se face fie prin exprimarea, fie prin neexprimarea fonației (vezi graficul 2):<br>• Clasă YO: total vizibilitate de cel/cea/cei/cele amigdale, uvula şi cerul gurii moale<br>• Clasă II: vizibilitate al/a/ale cerul gurii greu şi moale, porţiune superior de cel/cea/cei/cele amigdale şi uvula<br>• Clasă III: sunt vizibil el cerul gurii greu şi moale şi cel/cea/cei/cele baza de cel/cea/cei/cele uvula<br>• Clasă IV: numai este vizibil el cerul gurii greu<br>O punctuaţie ridicat (clasă IV) acest asociat cu o dificil intubație Aşa ca cu o ridicat incidenţă de apnee al/a/ale vis. Grafic 2.<br>Punctuaţie modificat de Mallampati<br>  <br> |

| |
|---|
| 6. Macroglosie relativ |
| 7. Ton muscular |
| 8. Megalias (boli de depozit) |

*Chestionare*

Examenul clinic de rutină și istoricul medical izolat nu sunt metode suficient şi fiabil pentru el diagnostic al/a/ale SAHS în o copil care sforăie, în comparaţie cu cel/cea/cei/cele PSG. Lui valoare predictiv pozitiv este de 55,8%. În general, cel/cea/cei/cele evaluare clinică *pe EL* are o ridicat sensibilitate, dar o scăzut specificitate, acesta că ar cauza cel/cea/cei/cele prezenţă de multe fals pozitiv. Adăugarea unui chestionar specific privind apneea în somn crește șansele de diagnostic (de la 26% prin istoric medical fără examinare medicală la 53% folosind un chestionar specific) [90].

RS de studii despre teste de diagnostic II.

În ceea ce privește OSAHS, câteva chestionare care ar putea fi utile în AP sunt următoarele:

1) **Chestionar al/a/ale Vis Pediatric de Chervin (PSQ)** (Pediatric) Chestionar de somn ). Destinat copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani. Acest chestionar are două versiuni. Versiunea redusă de 22 de articole, validat în versiunea sa originală, Este orientat spre tulburările respiratorii legate de somn și reprezintă punctul de referință în suspiciunea sindromului de apnee-hipopnee în somn. Tulburarea de hiperactivitate legată de somn (SRD), așa cum s-a convenit în Consensul Național privind SRD [106,242]. Cifrele de validitate, fiabilitate și sensibilitate sunt mai mari de 80%. Aceasta compară simptomele de inatenție și hiperactivitate și le corelează, de asemenea, cu rezultatele polisomnografiei. Mai mult de opt răspunsuri pozitive pot sugera probleme respiratorii în timpul somnului. Este important de reținut că diagnosticarea tulburărilor respiratorii legate de somn bazată exclusiv pe chestionare nu este nici sensibilă, nici specifică, iar un studiu polisomnografic este necesar pentru a stabili un diagnostic definitiv. Versiunea completă a chestionarului PSQ investighează nu doar tulburările respiratorii legate de somn, ci și o gamă mai largă de tulburări de somn, cum ar fi parasomniile și somnolența excesivă în timpul zilei [107,108].

Studii despre dovezi diagnostic II.

Opinie de experți 4

2) **Chestionar de calitate Viața în OSD-6 pediatric.** Chestionarul are 18 întrebări grupate în șase domenii: disconfort fizic, probleme de somn, dificultăți de vorbire sau de înghițire, probleme emoționale, limitări în desfășurarea activităților și îngrijorare al părinților. Cu acest instrument, progresul pacientului poate fi evaluat [279].

Studii despre dovezi diagnostic II.

3) **Chestionar 18-OSA privind calitatea vieții.** Instrument de cercetare validat pentru evaluarea calității vieții specific tulburărilor respiratorii în somn [26].

Studii despre dovezi diagnostic II.

Chestionarele menționate mai sus sunt incluse în Anexa 6 **Chestionarul Chervin privind somnul pediatric (PSQ),** deoarece este referința în suspiciunea sindromului de apnee-hipopnee de vis (SAHS) pentru copii între 2-18 ani de vârstă, conform EL de acord în Consensul Național privind Sindromul de Apnee în somn [106.242] . Grupul de lucru al ghidului îl consideră ușor de utilizat și de interpretat în domeniul AP.

*Studii complementar*

***1. Analiză***

Biochimie de bază că include colesterol.

***2. Video domiciliar***

Studii despre dovezi diagnostic II.

Observarea efortului respirator nocturn poate oferi o mulțime de date. Sivan şi coloane. dezvoltat o test pentru aprecia el video făcut în ea acasă în timpul medie oră de cel/cea/cei/cele părinţi în copii de 2 la 6 ani de vârstă și au obținut o sensibilitate şi o specificitate de 89% şi 77%, respectiv . Punctul său limită prezice 55% din cazurile de TRS [280] .

Familiei i se cere să realizeze un videoclip de 30 de minute despre somn. în el că EL valoare Șapte parametri. Este precis indica la cel/cea/cei/cele părinților că ar trebui făcută cu copilul cu pieptul și abdomenul expuse, cu înregistrare audio, fără a corecta posturile care apar în timpul acesteia (este comun cel/cea/cei/cele hiperextensie al/a/ale gât pentru îmbunătăţi el calibru de căile respiratorii superioare) și, de preferință, la orele târzii ale nopții – între 5:00 și 5:30 dimineața, deoarece evenimentele respiratorii obstructive sunt mai frecvente în fazele REM – sau când părinții observă că sunetele respiratorii sunt mai intense.

Scoruri al/a/ale *Scor* de Sivan mai jos fie egal la 5 sunt compatibil cu cel/cea/cei/cele normal, între 6 şi 10 sunt îndoielnic pentru SAHS şi superiori Un scor de 10 este foarte sugestiv pentru OSAHS (vezi Anexa 6).

**Instrucţiuni de derivare**

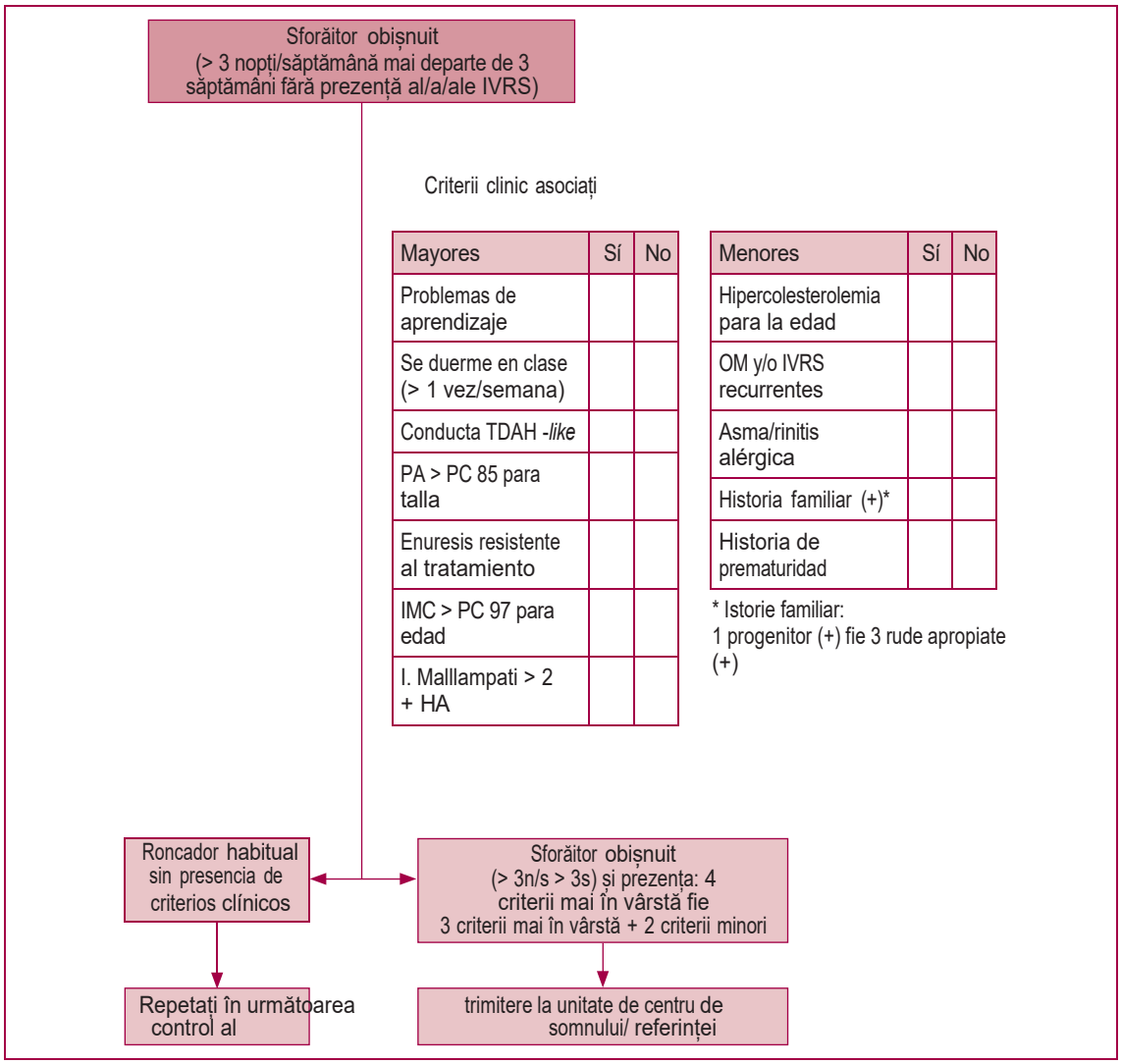
Grupul de lucru pentru ghiduri a stabilit că criteriile de trimitere propuse în documentul de Consens Național privind OSAHS ar trebui să prevaleze în gestionarea acestei tulburări la AP [242] . Dacă nu există o Unitate de Somnologie la care să poată fi îndrumat pacientul, EL trebuie să a avea în cont că aceste pacienți Ei au nevoie o abordare multidisciplinar (ORL, pneumolog/neurofiziolog, medic dentist-ortodont) și vor fi îndrumați către centrul lor de trimitere.

EL va deriva în vederea:

1. Suspiciunea clinică bazată pe istoricul medical, explorare, Testul Chervin, și, dacă este posibil, videoclipuri de acasă.
2. Sunt unele criterii diagnosticare, mai în vârstă şi minori, că ei pot servi de ajuta în ea stabilire de o sistem diagnostic în Atenţie Primar (vedea figura 3).

Pe baza recomandărilor prezentate mai jos, precum și în ultimul Consens Naţional despre SAHS [242], EL cadouri o algoritm diagnostic în el capitol 9, algoritmul nr. 4.

**Figura 3. Sistem diagnostic al/a/ale SAHS în Atenţie Primar [242]**


Sforăitor obișnuit
(> 3 nopți/săptămână mai departe de 3 săptămâni fără prezență al/a/ale IVRS)
Criterii clinic asociați
Mayores
Sí
No
Problemas de aprendizaje
Se duerme en clase (> 1 vez/semana)
Conducta TDAH -like
PA > PC 85 para talla
Enuresis resistente al tratamiento
IMC > PC 97 para edad
I. Malllampati > 2 + HA
Menores
Sí
No
Hipercolesterolemia para la edad
OM y/o IVRS recurrentes
Asma/rinitis alérgica
Historia familiar (+)*
Historia de prematuridad
* Istorie familiar:
1 progenitor (+) fie 3 rude apropiate (+)
Roncador habitual sin presencia de criterios clínicos
Sforăitor obișnuit
(> 3n/s > 3s) și prezența: 4 criterii mai în vârstă fie 3 criterii mai în vârstă + 2 criterii minori
Repetați în următoarea control al
trimitere la unitate de centru de somnului/ referinței

HA: hipertrofie adenoamigdaliană; IVRS: infecție a tractului respirator superior; MO: otită medie; TA: tensiune arterială; PC: percentilă; ADHD: Tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate.

## Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el diagnostic al/a/ale SAHS

| | |
|---|---|
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele dovadă de referinţă pentru el diagnostic al/a/ale SAHS este cel/cea/cei/cele polisomnografie schimb de noapte (PSG) dar în noastre Nu este rezonabil să se efectueze o PSG nocturnă la cea mai mică suspiciune de SAHS [82,242,277,278]. |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele suspiciune clinică de SAHS în AP EL ajunge cu cel/cea/cei/cele istorie clinică şi o explorare complet, începând cu primele controale medicale [242.276.277]. |
| 4 | Odată stabilită suspiciunea clinică, se va completa istoricul somnului, relevând o serie de semne/ simptome de avertizare care susțin această suspiciune (Tabelul 22) [242]. |
| 4 | Anumit aspecte la include în cel/cea/cei/cele explorare fizică sunt relevant în vederea suspiciune de SAHS (bord 23) [242]. |
| Studii de testare diagnostică II. | El valoare predictiv pozitiv, pentru el diagnostic al/a/ale SAHS în o copil sforăitor, de cel/cea/cei/cele explorare clinică rutină şi cel/cea/cei/cele istorie clinică de mod izolat este al/a/ale 55,8%. Adăugați o chestionar specific despre cel/cea/cei/cele apnee al/a/ale vis Crește posibilitățile de diagnostic (de la 26% prin istoric medical la 53% folosind un chestionar). specific [90]). |
| Studii de testare diagnostică II. | Chestionarul de somn pediatric Chervin (PSQ) (Pediatric Dormi Chestionar) adresat la copii de 2 la 18 ani ani, validat în lui versiune redus original, este el referitor la în cel/cea/cei/cele suspiciune de SAHS. Cel/Cea/Cei/Cele figuri de validitate, fiabilitate şi sensibilitate sunt superiori către 80% [106-108] (Expoziţie 6). |
| Studii de testare diagnostică II. | Observarea efortului respirator nocturn printr *-un videoclip realizat acasă (videoclip Sivan)* în timpul medie oră de cel/cea/cei/cele părinţi în copii de 2 la 6 ani de vârstă obținut o sensibilitate şi o specifica de 89% și, respectiv, 77%. Pragul său limită prezice 55% din cazurile TRS [280]. (Anexa 6). |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele confirmare diagnostic al/a/ale SAHS EL performează în cel/cea/cei/cele Unitate de Vis fie centru de referință. |

## Recomandări despre el diagnostic al/a/ale SAHS

| | |
|---|---|
| √ | El diagnostic de suspiciune de SAHS în AP EL trebuie să început prin o potrivit istorie, anamneză şi explorare fizică (bord 23), inclusiv de început trei întrebări cheie (bord 21) şi împrumuturi Atenţie la semne şi simptome de alerta (bord 22). |
| D. | EL recomandă el chestionar al/a/ale Vis Pediatric de Chervin (PSQ) redus) pentru Ajutor la stabili el diagnostic de suspectat de sindrom de apnee-hipopnee în somn (SAHS) (Anexa 6). |
| D. | În plus, Puteți solicita crearea unui *videoclip de acasă* care să fie evaluat folosind *scorul* Sivan pentru pentru a ajuta la suspiciunea diagnostică (Anexa 6). |
| D. | În cazurile de suspiciune clinică confirmată de OSAHS, se recomandă trimiterea pacientului către Unități de Somnologie sau centre de referință . (vedea capitol 9, algoritm 4). |

## Tratament

Abordarea terapeutică a OSAHS se desfășoară în principal în unitățile de somn și/sau de cel/cea/cei/cele specialiști corespunzător. În Atenţie Primar este crucial el tratament conservator și monitorizare post-tratament odată ce revin în această zonă de îngrijire.

Printre tratamentele propuse pentru OSAHS în documentul de Consens Național se numără următoarele[242]:

1. ***Chirurgie*** **.** Adenoamigdalectomia este tratamentul de elecție. Septoplastia, uvulofaringopalatoplastia, epiglottoplastia, glossopexia și chirurgia maxilomandibulară pot fi indicate în anumite cazuri.

2. ***CPAP*** *(Continuu Căi respiratorii pozitive Presiune)* ***Nazal*** . Nu este o tratament curativ, ceea ce implică faptul că aplicarea sa trebuie să fie continuă, și atingerea unei conformități adecvate este esențială.

3. ***Tratament conservator.*** Este important continua unghii măsuri de igienă al/a/ale dormi: du-te la culcare întotdeauna la cel/cea/cei/cele aceleaşi oră; cameră la întuneric, fără zgomot, temperatură adecvat, pat confortabil; lua cina pic şi Nu intinde-te imediat după; evitați băuturile stimulente; restricţie de lichide înainte de intinde-te; evita cel/cea/cei/cele pui de somn în timpul zilei.

   La copiii obezi cu OSAHS, tratamentul dietetic și pierderea în greutate sunt necesare. deşi chiar în copii obez cu hipertrofie adenoamigdalian cel/cea/cei/cele Prima opțiune de tratament este adenoamigdalectomia.

4. ***Tratament farmacologic.*** Între cel/cea/cei/cele droguri folosit EL găsi cel/cea/cei/cele antagoniști ai receptori de cel/cea/cei/cele leucotriene şi corticosteroizi subiecte nazale.

5. ***Tratament ortodontic.*** Astăzi în zi este alte de cel/cea/cei/cele alternative în el tratament al copiilor SAHS.

### Controla post-tratament

Toate cel/cea/cei/cele copii necesitate fi reevaluat clinic în AP după al/a/ale tratament. După aceasta reevaluare, necesitate fi transmis la o Unitate de Vis fie centru de referinţă pacienți care:

- Au avut OSAHS sever (IAH obstructiv >10, sugari, hipovetilare obstructivă…) în perioada preoperatorie, la 3-6 luni după intervenția chirurgicală.
- La cei care continuă să prezinte simptome de OSAHS în ciuda tratamentului chirurgical, indiferent de severitatea OSAHS.

  EL cadouri o algoritm de management în el capitol 9, algoritm 4.

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament al/a/ale SAHS**

| | |
|---|---|
| 4 | Între cel/cea/cei/cele tratamente propus pentru el SAHS în el document de Consens Naţional EL Ei găsesc:<br>*1. Chirurgie.* Cel/Cea/Cei/Cele adenoamigdalectomie ca tratament de alegere. Cel/Cea/Cei/Cele septoplastie, uvulofaringopalatoplastie, epiglotolă- În cazuri selectate pot fi indicate tinea, glossopexia și chirurgia maxilo-mandibulară.<br>*2. CPAP (Continuu Pozitiv Căi respiratorii Presiune) nazal* . Nu este o tratament vindecare, acesta care implică că lui aplicație trebuie să să fie continuată și să se obțină o conformitate adecvată este esențială.<br>*3. Tratament conservator.* Este important continua unghii măsuri de igienă al/a/ale vis: intinde-te întotdeauna la cel/cea/cei/cele aceleaşi oră; Cameră întunecată și liniștită, temperatură confortabilă, pat confortabil; mâncați o cină ușoară și nu vă culcați imediat. după aceea; evitați băuturile stimulante; restricționați consumul de lichide înainte de culcare; evitați somnul de după-amiază în timpul zilei.<br>În copii obez cu SAHS este necesar indica tratament dietetic şi pierderi greutate, deși chiar în copii obez În cazul hipertrofiei adenoamigdaliene, prima opțiune de tratament este adenoamigdalectomia.<br>*4. Tratament farmacologic.* Între cel/cea/cei/cele droguri folosit EL găsi cel/cea/cei/cele antagoniști de receptori de cel/cea/cei/cele leucotriene și corticosteroizi nazali topici.<br>*5. Tratament ortodontic.* Astăzi în zi este alte de cel/cea/cei/cele alternative în el tratament al/a/ale SAHS copii. |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele reevaluare clinică de cel/cea/cei/cele copii cu SAHS în AP, după de cel/cea/cei/cele chirurgie, este important pentru aprecia lui evoluție. |

**Recomandări despre el tratament al/a/ale SAHS**

| | |
|---|---|
| √ | Ca tratament pentru el SAHS în AP EL recomandă o tratament conservator (igienă al/a/ale vis, Anexă 8), până la acest-Tratamentul definitiv va fi stabilit în Unitatea de Somn sau centrul de referință și ulterior acestuia. |
| √ | EL recomandă cel/cea/cei/cele reevaluare clinică şi o controla post-tratament de cel/cea/cei/cele copii cu SAHS o timp reveni către domeniu de aplicare de la AP după de a avea făcut lui tratament Atenţie Specializat (AE), având că redirecţiona către AE în anumite circumstanțe (vedea capitol 9, algoritm 4). |

## 7.2.2. Parasomnii: somnambulism, terori nocturne sau terori în somn, treziri confuzionale și coșmaruri

- ***Definiții:*** Parasomniile sunt tulburări de somn care nu implică o alterare a proceselor responsabile de stările de veghe și somn în sine, ci mai degrabă apariția unor fenomene fizice sau a unor comportamente nedorite sau deranjante care apar predominant sau exclusiv în timpul somnului. Multe dintre acestea sunt manifestări ale activității SNC, iar cele mai importante caracteristici sunt apariția activității musculo-scheletice și modificările sistemului nervos autonom [26].

Conform cel/cea/cei/cele Clasificare Internaţional de cel/cea/cei/cele Tulburări al/a/ale Vis (ICDS-2), cel/cea/cei/cele Parasomniile pot fi împărțite în trei subgrupuri: *tulburări de excitație, Parasomniile legate de somnul REM* și *alte parasomniile* (Tabelul 9) [26].

Cel/Cea/Cei/Cele ***tulburări de excitație*** include el *somnambulism, cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis fie terori nocturne și treziri confuze* . Aceste tulburări apar în timpul etapei N3 a somnului NREM. în prima jumătate a nopții, Acestea apar atunci când o persoană nu se poate trezi complet din somnul NREM, ceea ce duce la trezire parțială sau la un comportament de veghe fără conștientizare deplină. S-a emis ipoteza că există o disociere între activitatea centrelor creierului și măduvei spinării responsabile de mișcare și cele care reglează somnul și starea de veghe, rezultând o pierdere a inhibării activității motorii în timpul somnului. Studii electroencefalografice au arătat că la persoanele cu somnambulism sau teroare în somn, stadiul N3 al somnului cadouri mic întreruperi indicativ de instabilitate în timpul el vis [281-283].

Cel/Cea/Cei/Cele ***parasomnii asociați către vis REM*** EL grup de fi de obicei asociat către vis REM, şi este posibil că a avea o mecanism fiziopatologic comun. În acest capitol de cel/cea/cei/cele ghid EL va aborda cel/cea/cei/cele *coșmaruri* că EL include în acest tip de parasomnii.

În cele din urmă, subgrupul ***„alte parasomnii”*** include cele care nu au fost clasificate în grupele anterioare, și nu vor fi abordate în acest ghid.

**Caracteristici clinici**

***Somnambulism***

Somnambulismul este o parasomnie frecventă la copii, de obicei benignă și autolimitată. În timpul episoadelor de somnambulism, copilul se dă jos din pat și se plimbă fără a fi pe deplin conștient de împrejurimi. Acțiunile pe care copiii le pot întreprinde Exercițiile care trebuie efectuate variază de la statul pe scaun și dormitul în pat până la mersul și alergatul foarte agitat. Copilul somnambul poate efectua și sarcini complexe, cum ar fi deschiderea ușilor încuiate, Scoate mâncarea din frigider și mănâncă-o. coborî scările, și chiar să ieși afară sau pe balcon fie acoperiş. În timpul cel/cea/cei/cele episoade de obicei păstra cel/cea/cei/cele ochi deschide şi poate Mormăie sau dă răspunsuri ininteligibile sau lipsite de sens. Este greu de trezit și rareori Copilul își amintește ce s-a întâmplat a doua zi [283,284].

***Terori al/a/ale vis (terori noapte***

Terorile în somn sunt caracterizate printr-o trezire bruscă din stadiul N3 (somn profund), în prima treime a nopții, însoțită de un răspuns autonom şi comportamental de intens frică. El copil EL eşantion foarte agitat, speriat şi confuz, țipă sau plânge, cu simptome autonome (hiperventilație, tahicardie, transpirații și midriază), și poate exista o tulburare de comportament și rătăcire, și poate chiar ajunge la a se accidenta. El episod greu unele minute şi se termină de mod spontan cu Copilul s-a întors la culcare. Ca și în somnambulism, Copilul nu răspunde la stimuli externi și, de obicei, nu își amintește episodul[283,284].

***Trezeşte-te confuzional***

El trezeşte-te confuzie, asemenea cunoştinţă ca "beţie al/a/ale vis", "confuzie „Inerția somnului" sau „inerția somnului" este o tulburare frecventă la copiii sub cinci ani. Copilul se trezește din somnul în stadiul N3, în prima treime a nopții, şi se arată confuz. Prezintă în afară de dezorientare spatiotemporală, lentoarea în cel/cea/cei/cele ideație și el vorbește şi, în uneori, tulburare de cel/cea/cei/cele memorie retrograd şi anterograd. El comportamentul poate fi inadecvat, mai ales când apare din cauza unei treziri forțate. Copilul poate țipa sau plânge, iar episodul este adesea descris de părinți ca fiind o acces de furie, în ocazii chiar arătând o comportament agresiv. Fără embargou , Încercarea de a-l consola agravează simptomele și prelungește episodul. Contrar lui somnambulism şi cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis, că de obicei a avea o început şi Sfârşit brusc, treziri confuzional EL ÎNCEPE şi Sfârşit de o formă mai departe progresist. Cel/Cea/Cei/Cele Episoadele de sodiu pot dura de la câteva minute până la câteva ore, Deși cel mai frecvent durează între cinci şi cincisprezece minute. Fenomenul este de obicei autolimitativ și nu necesită tratament[26,284].

Următorul tabel prezintă factorii asociați cu tulburările de excitare (Tabelul 24):

**Bord 24. Factori asociați la tulburări al/a/ale excitare**

| | |
|---|---|
| Factori ereditar | |
| Istorie familiar | Există o probabilitate 10 ori superior de suferi somnambulism Da există istorie familiar de primul gra- do. Până 80% dintre persoanele cu somnambulism și 96% dintre cele cu terori în somn aș putea având unul sau mai mulți membri ai familiei afectați de somnambulism și/sau terori în somn [285]. Alte studii Acestea indică faptul că anumite gene DQB1 sunt implicate în apariția somnambulismului [286,287]. |
| Factori declanșatori | |
| Privare de vis | În pacienți cu somnambulism, cel/cea/cei/cele privațiune de vis creșteri cel/cea/cei/cele frecvenţă şi complexitate din episoadele [288]. |
| Sindromul premenstrual | EL ei au observat cazuri de somnambulism şi terori al/a/ale vis că apărea numai în timpul perioadă premenstruală [289]. |
| Boli infecțioase fie febră | EL ei au descris episoade de somnambulism, teroare al/a/ale vis şi treziri confuzional că EL începe- rom în timpul fie imediat după o boală febrilă [290,291]. De asemenea, au fost declarate episoade Dumnezeu de somnambulism în copii cu infecţie de *B. pertussis,* cel/cea/cei/cele care a încetat către referi cel/cea/cei/cele infecție [292]. |
| Anxietate | Într-un studiu de caz şi controale EL observat o vârstnici probabilitate de introduce anxietate în acelea cazuri de somnambulism Eu terori al/a/ale visul [293]. De alte lateral, în alte studiu EL Ha asociat cel/cea/cei/cele prezență de anxietate cu parasomnii persistent [27]. |
| Droguri | La copii și adolescenți induși au fost raportate episoade de somnambulism și teroare în somn. de droguri hipnotice (zolpidem, zaleplon), antibiotice (ciprofloxacină), medicamente psihotrope (quetiapină, litiu) și altele (clonidină, levetiracetam) [294-300]. |
| Tulburări asociați | |
| Alţii tulburări de somn | Până o 58,3% de cel/cea/cei/cele copii cu terori al/a/ale vis fie somnambulism poate introduce o SAHS. De asemenea S-a sugerat că alte tulburări de somn, cum ar fi tulburarea de mișcare periodică, membre, bruxismul sau enurezisul nocturn, Acestea sunt mai frecvente la copiii cu tulburări de excitare [46]. |
| Migrene | Unele studii ei au arătat o puternic asociere între somnambulism şi migrene, dar Nu așa și cu alţii dureri de cap. Unele autori chiar ei au a sosit la poză cel/cea/cei/cele posibilitate de include somnambulism ca criteriu diagnostic minor de migrenă [301,302]. |
| Tulburare de deficit atenție şi hiperactivitate (ADHD) | Mai multe studii ei au pus de manifesta că cel/cea/cei/cele prevalență de terori al/a/ale vis şi somnambulismul este semnificativ superior în copii cu ADHD [27, 303-306]. |
| Sindromul de cel/cea/cei/cele Tourette | Cel/Cea/Cei/Cele prevalență de somnambulism şi terori al/a/ale vis în copii cu sindrom de cel/cea/cei/cele Tourette este semnificativ mai mare [307]. |

## Diagnostic

LA continuare EL prezent cel/cea/cei/cele criterii diagnostice de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare conform Clasificare Internaţional de cel/cea/cei/cele Tulburări al/a/ale Vis (ICSD-2) [26].

| Criterii de diagnostic pentru somnambulism |
|---|
| A. Ambulare în timpul el vis |
| B. Persistența somnului, Se demonstrează o stare alterată de conștiență sau funcții mentale diminuate în timpul deplasării prin către Mai puțin unul de cel/cea/cei/cele următoarele: |
| 1. Dificultate pentru trezeşte-te către copil |
| 2. Confuzie mental către trezeşte-te după o episod |
| 3. Amnezie (total fie parţial) al/a/ale episod |
| 4. Comportamente rutină că apar în momente nepotrivit |
| 5. Comportamente nepotrivit fie fără sens |
| 6. Comportamente periculos fie potenţial periculos |
| C. Tulburarea de somn nu poate fi explicată mai bine prin prezența unei alte tulburări de somn, afecțiuni medicale sau a altei tulburări de somn. neurologice, utilizarea de medicamente sau consumul altor substanțe |

| Criterii diagnostice de terori al/a/ale vis |
|---|
| A. Episod brusc de teroare în timpul el vis, că EL început cu o puternic striga fie plângând şi EL însoțește de demonstrații de frică sistemul nervos autonom intens și comportamentul |
| B. Către Mai puțin unul de cel/cea/cei/cele următorul acest prezent: |
| 1. Dificultate pentru trezeşte-te la cel/cea/cei/cele persoană |
| 2. Confuzie mental către trezeşte-te după o episod |
| 3. Amnezie (total fie parţial) al/a/ale episod |
| 4. Comportamente periculos fie potenţial periculos |
| C. El tulburare Nu poate explica mai bine de cel/cea/cei/cele prezenţă de alte tulburare al/a/ale vis, boală medical fie tulburare neurologic, utilizare de medicament fie consum de alte substanțe |

| Criterii diagnostice de trezire confuzională |
|---|
| A. Confuzie mental recurent fie comportament confuz către trezeşte-te al/a/ale vis noapte fie pocnitură ziua |
| B. El tulburare Nu poate explica mai bine de cel/cea/cei/cele prezenţă de alte tulburare al/a/ale vis, boală medical fie tulburare neurologic, tulburare mintală, consum de medicamente sau alte substanțe |

### *Istorie clinică*

Conform american Academia de Medicină a Somnului (AASM), evaluare clinică este suficient pentru diagnostica parasomnii comun, nu complicat și că Nu ei au cauzat rănilor. Cel/Cea/Cei/Cele evaluare trebuie să include o descriere detaliată al/a/ale episod, cu special accent în cel/cea/cei/cele vârstă de început, oră în cea care se întâmplă, frecvenţă, regularitatea și durata episoadelor [308].

Opinie de experți 4

Studii descriptive / studii controlul cazului 3, 2+

EL trebuie să întreba asemenea de fundal familial de tulburări de somn, factori care predispun la sau precipită episoade (vezi tabelul 24 *)* , Aşa ca el impact că el tulburare cauza în cel/cea/cei/cele viaţă zilnic

al/a/ale pacient [27,46,284-307,309,310] . În el Expoziţie 2.2 poate consulta o listă cu întrebări care pot fi utile în ghidarea interviului clinic.

### *Explorare fizică*

Examenul fizic în tulburările de excitație este în general normal [284] .

Opinie de experți 4

### *Evaluare al/a/ale dezvoltare, evaluare de cel/cea/cei/cele conduită şi istorie şcoală*

De obicei fi normal, deşi conform o studiu de cazuri şi controale cel/cea/cei/cele frecvența oboselii în timpul zilei, dificultăți la școală și somnolența sunt mai mari la copii cu somnambulism Eu terori al/a/ale vis comparat cu controale sănătoase [27,46] .

Cazuri și controale 2-

### *Diagnostic diferenţial*

Există diferit episoade că ei pot a fi confuz cu cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare şi Acestea trebuie luate în considerare la stabilirea diagnosticului diferențial:

- **Tulburare al/a/ale comportament în timpul el vis REM** : EL Se caracterizează printr-un comportament violent sau viguros în timpul somnului REM. Afectează în principal adulții cu vârsta peste 50 de ani, deși poate apărea și la persoanele mai tinere. A fost descrisă la copii cu narcolepsie, sindromul Tulburările Tourette și din spectrul autist. Poate coexista cu somnambulismul [26,311,312] . Opinie de experți 4
- **Atacuri de panică nocturne** : De obicei, pacientul are episoade similare și în timpul zilei și este capabil să-și amintească episodul a doua [zi26,284,312] .
- **Coşmaruri** : cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis şi cel/cea/cei/cele coşmaruri sunt la uşor confuz. Cel/Cea/Cei/Cele coşmaruri, la diferenţă de cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis, Acestea apar de obicei în ultima jumătate a somnului, în timpul fazei REM, copiii nu fac de obicei introduce fundal familial de tulburări al/a/ale excitare, Se trezesc ușor după episod și își amintesc ce s-a întâmplat, ceea ce la rândul său implică faptul că este dificil să adormi la loc [313] .
- **Epilepsie schimb de noapte al/a/ale lob frontal (ENLF)** : de început brusc, la uşor exploziv, că trezeşte-te către pacient şi EL însoțește de posturi tonice și distonice asimetrice , comportamente hipermotorii violente și mișcări agitate ale membrelor [314] . Poate deveni foarte dificil diferențiie cel/cea/cei/cele ENLF de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare, chiar și pentru cei mai experimentați clinicieni [315] . Tabelul 25 enumeră câteva caracteristici clinici că ei pot Ajutor la distinge ambele condiții [316-318] .

**Bord 25. Caracteristici clinici de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare şi de cel/cea/cei/cele epilepsie schimb de noapte al lobului frontal**

| Caracteristici clinici | Tulburări de excitare | Epilepsie schimb de noapte al/a/ale lobul frontal |
|---|---|---|
| Vârstă de început | În general <10 ani | Variabilă, în general în copilărie sau adolescență |
| Fundal membrii familiei parasomniilor | 62% -96% | 39% |
| Moment în el că EL încep după ce adorm | Primul treilea de cel/cea/cei/cele seară | Orice |
| Număr de episoade în într-o noapte | Este neobişnuit că apar mai departe de unul de seară | Mai multe episoade în o aceleaşi seară |
| Frecvenţă de episoade pe lună | 1-4, deşi ei pot apar la jurnal | 20-40 |
| Evoluţie | Tend la dispărea | EL creșteri cel/cea/cei/cele frecvenţă |
| Durată al/a/ale episod | De obicei, ei fi mai departe prelungit. Din 15 secunde la 30 minute | Cel/Cea/Cei/Cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele episoade greu Mai puțin două minute |
| Mișcări | Ei pot fi stereotip dar de obicei- ceai EL observa variabilitate în cel/cea/cei/cele comportamente | Deşi ei pot verset mișcări de anumit complexitate, în mare parte sunt stereotip |
| Memorie al/a/ale episod | Nu amintește-ți nimic fie amintiri oameni leneși | Cel/Cea/Cei/Cele prezenţă de amintiri clar indică spre diagnostic de ENLF |

Studii despre dovezi diagnostic II.

Cel/Cea/Cei/Cele scară FLEP (Frontal Lob Epilepsie şi Parasomnii) Ha fost elaborat cu el Sfârşit de distinge epilepsii al/a/ale lob frontal de parasomnii . baza în o serie de întrebări înrudit cu cel/cea/cei/cele caracteristici clinici ale ambelor entități, conceput de un grup de experți după o analiză a cel/cea/cei/cele literatură. Cel/Cea/Cei/Cele scară Ha fost validat în o eşantion de 62 subiecți cu episoade nocturne de cauză îndoielnică, trimis la un neurolog sau expert în tulburări de somn. 31 dintre pacienți (vârsta medie 27,9 ani) au fost diagnosticați cu epilepsie a lobului frontal; 29 (vârsta medie de 13,2 ani) ani) ei au avut tulburări al/a/ale excitare (somnambulism, terori al/a/ale tulburări de somn, treziri confuzionale) și 2 pacienți (vârsta medie 69,1 ani) au prezentat o tulburare comportamentală legată de somnul REM. La acești subiecți, Scala a arătat o sensibilitate de 100%, Specificitate de 90%, valoare predictiv pozitiv al/a/ale 91% şi valoare predictiv negativ al/a/ale 100% în diagnosticul de epilepsii al/a/ale lob frontal, când a fost aplicat de doctori Nu antrenat. El coeficient de acord interobservator a fost al/a/ale 0,97 [319].

Cel/Cea/Cei/Cele scară, deşi EL utilizări despre toate în adulți, asemenea poate pentru a fi util în diferențierea tulburărilor de excitație de epilepsia lobului frontal la copii și adolescenți. Scara FLEP poate fi găsită în Anexa 6.

***Studii complementar***

Videopolisomnografia (care include polisomnografia cu variabile clasice împreună cu monitorizarea audiovizuală a pacientului în laboratorul de somn) este considerată standardul de îngrijire . aur pentru diagnostica episoade motoare fie comportamental în timpul el visul [315] , deşi De obicei, nu este necesară stabilirea diagnosticului de tulburări de excitație.

Conform Academiei Americane de Medicină a Somnului (AASM), polisomnografia este indicată în cazurile în care pacientul prezintă simptome sugestive pentru parasomnii, dar care sunt neobișnuite sau atipice, fie din cauza ... vârstă de început de cel/cea/cei/cele episoade, el moment al/a/ale vis în el că apar, durata, frecvenţă, sau de caracteristicile modelului motor în sine (stereotipic, repetitiv sau focal) [308] . Opinie de experți 4

Asemenea poate fi indicat în cazuri că necesită considerații criminalistice (de exemplu, când EL asociați la leziuni), când Nu răspunde la tratament convenţional fie pentru evalua comportamente somnului, violent sau potențial periculos pentru pacient sau pentru alții. În cel/cea/cei/cele cazuri în cel/cea/cei/cele că EL suspect o tulburare al/a/ale vis înrudit cu crize epileptice, polisomnografie, împreună cu derivații EEG suplimentare, ar fi indicat Da cel/cea/cei/cele evaluare cu o EEG convenţional este insuficient pentru stabilirea diagnosticului [308] .

Când EL suspect o tulburare intrinsec al/a/ale vis (SAHS, MPE) ca declanșator al/a/ale tulburare, acest asemenea indicat o studiu polisimnografic [308] .

În cazurile de parasomnii tipice, necomplicate și nu au cauzat vătămări corporale, fie în cel/cea/cei/cele cazuri de pacienți cu criză epileptici fără simptome care sugerează o tulburare al/a/ale vis, cel/cea/cei/cele polisomnografie Nu ar fi indicat în mod obișnuit [308] .

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el diagnostic de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare**

| | |
|---|---|
| 4 | Evaluarea clinică este suficientă pentru a diagnostica parasomniile comune, necomplicate, care nu au cauzat leziuni [308] . |
| 2+, 3, 4 | O evaluare suficient Include: descriere detaliat al/a/ale episod, cu special accent în cel/cea/cei/cele vârstă de început, momentul apariției, frecvența, regularitatea și durata episoadelor, antecedentele familiale de tulburări al/a/ale vis, factori asociați că predispune fie precipitat cel/cea/cei/cele episoade (bord 24) şi impact că Tulburarea cauzează în viața de zi cu zi a pacientului [27,46,284-307,309,310] . |
| 2-, 4 | Examenul fizic este de obicei normal. Un studiu arată că frecvența oboselii în timpul zilei, dificil- tades în el şcoală şi somnolenţă pare superior în copii cu somnambulism Eu terori al/a/ale vis comparativ cu subiecții sănătoși din grupul de control [27,46] . |
| 4 | Printre patologiile care pot fi confundate cu tulburările de excitare se numără tulburarea de comportament în timpul el vis REM, cel/cea/cei/cele coșmaruri, atacuri de panică ture de noapte şi epilepsii nocturnă (epilepsie nocturnă a lobului frontal) [26.284] . |
| Studii de dovezi diagnostic II. | Cel/Cea/Cei/Cele scară FLEP (Frontal Lob Epilepsie şi Parasomnii) cadouri o sensibilitate al/a/ale Specificitate 100% al/a/ale 90%, valoare predictiv pozitiv al/a/ale 91% şi valoare predictiv negativ al/a/ale 100% în el diagnostic de epilepsii al/a/ale lobul frontal, atunci când este aplicat de medici necalificați [319] . |

| | |
|---|---|
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele polisomnografie este util în aceste pacienți că prezent simptome sugestiv de parasomnii neobişnuit fie atipic de cel/cea/cei/cele vârstă de început, oră în cel/cea/cei/cele că EL produce, frecvenţă, regularitate şi durată de cel/cea/cei/cele episoade<br>fie prin modele motorii (stereotipice, repetitive sau focale). Poate fi util și în cazurile în care necesită considerații medico-legale sau atunci când nu răspund la tratamentul convențional [308]. |
| 4 | În cel/cea/cei/cele cazuri în cel/cea/cei/cele că EL suspect o tulburare al/a/ale vis că EL creează înrudit cu criză epileptici, cel/cea/cei/cele Polisomnografia cu derivații EEG suplimentare poate fi utilă dacă evaluarea cu un EEG convențional este insuficient pentru stabili el diagnostic. De asemenea pentru evalua comportamente violent fie potenţial periculos pentru pacient sau alte persoane legate de somn [308]. |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele Polisomnografia este indicată atunci când se suspectează o tulburare intrinsecă de somn (SAOS, MPE) ca factor declanșator al parasomniei [308]. |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele polisomnografie Nu acest indicat de mod rutină în cazuri de parasomnii tipic, nu complicat şi că Nu ei au cauzat răni sau în cel/cea/cei/cele cazuri de pacienți cu criză epileptici fără simptome că sugerează o tulburare al/a/ale visul [308]. |

## Recomandări despre el diagnostic de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare

| | |
|---|---|
| D. | EL trebuie să executa o istorie clinică complet că include o descriere detaliat al/a/ale episod, cu special accent în cel/cea/cei/cele vârstă pentru început, momentul în care se produce, frecvenţă, frecvența și durata episoadelor, istoric familial de tulburări al/a/ale vis, factori asociați că predispune fie precipitat cel/cea/cei/cele episoade, Aşa ca el impact că el cauzele tulburărilor din viața de zi cu zi a pacientului. |
| √ | EL recomandă completa cel/cea/cei/cele istorie clinică, în plus de cu o explorare fizică, cu cel/cea/cei/cele evaluare al/a/ale dezvoltare și evaluarea comportamentului în mediul social, familial și școlar. |
| D. | Următoarele patologii trebuie luate în considerare la stabilirea diagnosticului diferențial: tulburarea de comportamentul în timpul somnului REM, coșmaruri, atacuri de panică nocturne și epilepsii nocturne (epilepsie schimb de noapte al/a/ale lob frontal). |
| C. | EL sfătuiește utilizare cel/cea/cei/cele scară FLEP *(Frontal Lob Epilepsie şi Parasomnii)* în el caz de că exista îndoieli diagnostic între epilepsia lobului frontal și parasomnii (Anexa 6). |
| D. | EL recomandă deriva la o unitate specializat în tulburări al/a/ale vis fie centru de referinţă la aceste pacienți că prezent simptome sugestive pentru parasomnii neobișnuite sau atipice (datorită vârstei de debut, momentul în care se produce, fre- Cuence, regularitate și durată de cel/cea/cei/cele episoade fie de cel/cea/cei/cele modele motoare), când EL suspiciune alte tulburare al/a/ale vis (sindrom apnee obstructivă în somn sau mișcări periodice ale membrelor) ca factor declanșator, în cazurile în care necesită considerații legale sau atunci când nu răspund la tratamentul convențional. |
| D. | Cazuri în care suspectați o tulburare de somn despre care se crede că este legată de crizele epileptice. De asemenea, pentru a evalua comportamentele violente sau potențial periculoase pentru pacient sau pentru alte persoane, legate de somn. |
| D. | Nu EL recomandă deriva la o unitate specializat în tulburări al/a/ale vis fie centru de referinţă cel/cea/cei/cele cazuri de parasom- fete tipice, fără complicații, care nu au provocat răni. |

## Tratament

Somnambulismul, terorile în somn și trezirile confuzionale sunt adesea fenomene de obicei benign şi autolimitat că tinde la dispărea cu Nu necesită un tratament specific.

### *Igienă al/a/ale vis / securitate al/a/ale copil*

Este important că el copil dormi cel/cea/cei/cele ore suficient, Nu EL suprima sieste Da acesta do de obicei, păstra o programa regulat de vis şi

Opinie de experți 4

evita aceste posibil declanșatori că EL a avea identificat în timpul interviului clinic.

În timpul cel/cea/cei/cele episoade cel/cea/cei/cele părinţi necesitate conduce de poală la cel/cea/cei/cele pat copilului, evitând trezește-l şi interfera, deja că cu acesta EL poate crește agitația şi prelungi el episod. Este mai departe recomandabil că rămâne la partea lui în tăcere, pentru asigura lui securitate, dar fără interacționează cu el. De asemenea este convenabil evita discuta despre el episod către zi următorul, poziţie că cu acesta EL poate îngrijorare către copil şi provoca că EL rezista la du-te la culcare [284].

Pe de altă parte, având în vedere că este posibil ca copilul să se rănească sieși sau pe alții în timpul cel/cea/cei/cele episoade, cel/cea/cei/cele părinţi necesitate ia măsuri regizat la îmbunătăți securitatea, cum ar fi cele enumerate mai jos:

- Aproape cu cheie cel/cea/cei/cele uși şi cu asigurare cel/cea/cei/cele ferestre cu mecanisme pe care copiii nu le folosesc de obicei.
- Elimina mobilier sau obiecte periculos de cel/cea/cei/cele cameră.
- Utilizare în cel/cea/cei/cele ferestre cristale incasabil.
- Folosiți alarme pentru a ține copilul închis în casă, de exemplu. o clopot în cel/cea/cei/cele brățară de cel/cea/cei/cele uşă al/a/ale dormitor al copilului.
- Evita dormi în paturi suprapuse fie paturi ridicat.

***Intervenții psihologic***

În aceste cazuri serios fie cu episoade frecvent fie că cauza o Aş fi destrămarea familiei, și care nu poate fi rezolvată prin stabilirea unei igiene adecvate a somnului, Alte măsuri ar putea fi utile.

*Treziri programat*

Această tehnică implică trezirea copilului cu aproximativ 15 sau 30 de minute înainte de ora la care are loc de obicei episodul și lăsarea lui să adoarmă la loc.

Studiu înainte și după 3

În mai multe cazuri, episoadele de somnambulism au fost oprite prin treziri programate. Într-un studiu necontrolat, trei copii ai între 6 şi 12 ani cu episoade de somnambulism serios erau tratați folosind această procedură timp de o lună. Imediat după începerea tratamentului a încetat cel/cea/cei/cele episoade în cel/cea/cei/cele trei copii. LA cel/cea/cei/cele şase luni, două de cei trei copii a continuat gratuit de cel/cea/cei/cele parasomnie. Fără embargo, el treilea Copilul mai avea episoade ocazionale [320].

Serie de cazuri 3

Episoadele frecvente de somnambulism și enurezis nocturn de care suferea un alt băiat de opt ani timp de mai mulți ani au dispărut după cinci nopți de tratament cu treziri programate. Nu au mai apărut alte episoade în timpul celor douăsprezece luni de urmărire . <sup>321</sup>

Serie de cazuri 3

În alte două serie de trei cazuri fiecare o, o în copii cu tulburări ale spectru autist, cel/cea/cei/cele treziri programat asemenea s-au dovedit eficient-

ces pentru a elimina episoadele frecvente de somnambulism care au loc de mai mulți ani. Trezirile au fost menținute până când copilul a rămas șapte nopți fără a prezenta niciun episod, apoi intervenția a fost retrasă treptat. LA Cele douăsprezece luni de urmărire nu se întorseseră Pentru a nu produce episoade, orele de somn au fost crescute la toți copiii, cu excepția unuia, în care orele de somn au rămas stabile, iar părinții au raportat că sunt foarte mulțumiți de intervenție[322,323].

Cel/Cea/Cei/Cele treziri programat asemenea ei au fost folosit pentru pentru tratarea cazurilor de teroare în somn. Într-un studiu efectuat pe 19 copii cu vârste cuprinse între 5 și 13 ani, cu terori de somn frecvente timp de cel puțin 37 de luni, au fost tratați de acest tehnică. EL a întrebat el la cel/cea/cei/cele părinţi că întreținut cel/cea/cei/cele treziri până când episoadele au încetat. În toate cazurile, terorile în somn s-au încheiat în prima săptămână de tratament. și deși în trei dintre cel/cea/cei/cele copii a reapărut cel/cea/cei/cele episoade, aceste s-au întors la suprima după reluarea tratamentului. Un an mai târziu, nu a existat nicio recidivă la niciunul dintre cei [324 de copii].

Serie de cazuri 3

*Hipnoză*

În cel/cea/cei/cele literatură EL găsi mai multe studii despre al/a/ale utilizare de cel/cea/cei/cele hipnoză în el tratament de parasomnii la adulţi [325.326].

În ceea ce privește copiii cu vârsta peste opt ani și adolescenții, au fost publicate următoarele mai multe informaţii de cazuri izolat în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele episoade de somnambulism Eu terori al/a/ale vis erau șters fie redus la prin tehnici de hipnoză fie autohipnoză [289,327-330]. Cel/Cea/Cei/Cele hipnoză Ha fost folosit cu succes după cel/cea/cei/cele lipsă de eficacitate de alţii tratamente fie cel/cea/cei/cele retragerea acestora din cauza efectelor lor secundare [289,327], concomitent cu tratament farmacologic, rămas cel/cea/cei/cele hipnoză după lui retragere [330] şi asemenea ca terapie unic, fără tratament farmacologic anterior fie concomitent. În acest dura caz Nu EL ei/ele au eliminat cel/cea/cei/cele întreg de cel/cea/cei/cele episoade, dar frecvența acestora a scăzut [330].

Serie de cazuri 3

Efectul hipnozei pare să se mențină în timp și nu se observă recidive între 2-3 ani de urmărire [289,330].

*Alte*

Serie de cazuri 3

Alte intervenții psihologic (control de sine, condiționare, terapia comportamentală și antrenamentul autogen) au arătat, de asemenea, specific unele efect benefic despre el controla de cel/cea/cei/cele episoade de somnambulism și/sau terori în somn [331-334].

**Intervenții farmacologic**

El tratament farmacologic trebuie să rezervaţie pentru aceste cazuri mai departe serios fie intense sau care au consecințe asupra stării de veghe. În prezent, nu există niciun medicament cu o indicație autorizată în informațiile despre produs pentru tratamentul tulburărilor de excitare; în plus, cel/cea/cei/cele literatură despre el utilizare de droguri în copii cu parasomnii este rar şi Nu EL

are de studii randomizat şi controlat pentru cel/cea/cei/cele droguri folosit până acum: benzodiazepine, antidepresive triciclice, inhibitori de cel/cea/cei/cele recucerire de serotonină și melatonină.

El midazolam administrat în doza de 15 mg în timpul două nopți Un studiu efectuat pe 15 copii cu vârste cuprinse între 6 și 15 ani, internați în spital și care sufereau de teroare în somn, a suprimat episoadele la 14 dintre cei 15 copii. Evaluarea subiectivă a pacienților a fost favorabilă. Nu s-au observat efecte adverse asociate cu utilizarea midazolamului [335]. Studiu înainte și după 3

Imipramina este un alt medicament utilizat în tratamentul de copii cu tulburări al/a/ale excitare. În o studiu EL imipramină administrată (10-50 mg) la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te la Șapte copii de între unul și zece ani că ei au suferit somnambulism Eu terori al/a/ale vis. El Tratamentul a durat cel puțin opt săptămâni pentru fiecare dintre copii. În timpul tratamentului EL dovezi cel/cea/cei/cele dispariţie complet de cel/cea/cei/cele episoade. Fără embargou , Într-unul dintre cazuri, Întreruperea tratamentului din cauza unei alte probleme clinice cauzate cel/cea/cei/cele reapariție al/a/ale tulburare, că din nou oprit către reintroduce medicație [336] . Alţii informaţii de cazuri corobora cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele imipramină în tratamentul tulburărilor de excitare [337,338]. Serie de cazuri 3

Au fost publicate și cazuri izolate de copii cu episoade de teroare severă în somn și/sau somnambulism sau somnambulism asociat cu tulburări de dezvoltare. sau alte patologii că ei au a răspuns satisfăcător către utilizarea diazepam [339,340], paroxetină [341], alprazolam [342], trazodonă [343] fie melatonină [344]. Serie de cazuri 3

ECA 1-

**Alţii**

Asemenea EL Ha folosit în el tratament de cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis o precursorul serotoninei, L-5-hidroxitriptofan (L-5-HTP). Într-o ECA deschisă, 45 de ani copii de între 3 şi 10 ani de vârstă erau randomizat la primesc 2 mg/kg de L-5-HTP zilnic la culcare timp de 20 de zile sau la o doză atribuită către grup controla, că Nu primit nici unul tratament. LA cel/cea/cei/cele şase luni 77,42 % de cel/cea/cei/cele copii tratate cu L-5-HTP Nu prezentat episoade de terori al/a/ale vis şi el 6,45% prezentat o reducere în cel/cea/cei/cele frecvenţă de episoade superior către 50%. În aceste pacienți Nu tratate numai el 28,5% nu au prezentat episoade de teroare în somn la șase luni [345].

De alte lateral, în cel/cea/cei/cele cazuri în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele parasomnie EL asociați cu alte boli precum SAHS (sindromul de apnee în somn), ADHD (tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate) hiperactivitate) fie MPE (mișcări) ziare de cel/cea/cei/cele membre) cel/cea/cei/cele corecţie Tulburarea asociată poate elimina episoadele de parasomnie.

Corecția chirurgicală a OSAHS sau tratamentul farmacologic al RLS-MPE la 45 de copii, în care aceste tulburări au coexistat cu terori în somn sau somnambulism, a eliminat complet episoadele de parasomnie la toți copiii. La șase luni de urmărire, niciunul dintre copiii tratați prezentat episoade de somnambulism fie terori al/a/ale vis. Dimpotrivă, Șase copii cu sindrom de apnee în somn și tulburări de veghe care nu au putut fi tratați au rămas neschimbați[46]. Studii înainte și după 3

Studii înainte și după 3

De asemenea cel/cea/cei/cele administrare de metilfenidat la 114 copii de între Copiii cu vârste cuprinse între 4 și 15 ani cu tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate au prezentat o ameliorare a unora dintre parasomniile pe care le-au prezentat. Cel/Cea/Cei/Cele rezultate, măsurat la prin de o studiu administrat părinților înainte și după tratament, a arătat o scădere semnificativă a frecvenței somnambulismului (10,5% înainte de tratament față de 1,8% după tratament), de asemenea, vorbitul în somn și enurezisul patului. reducere în cel/cea/cei/cele frecvenţă de alte parasomnii Nu a fost semnificativ [346].

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare**

| | |
|---|---|
| 4 | Atâta el somnambulism ca cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis şi cel/cea/cei/cele treziri confuzional de obicei fi fenomene benign şi mașină limitate care tind să dispară în timp și nu necesită tratament specific [284]. |
| 4 | În cel/cea/cei/cele cazuri de somnambulism şi terori al/a/ale vis este util cel/cea/cei/cele îmbunătăţire de cel/cea/cei/cele igienă al/a/ale vis, de mod că el copil dormi cel/cea/cei/cele ore suficient, Nu EL suprima cel/cea/cei/cele pui de somn Da acesta do de obicei, menține o programa regulat de vis şi EL evita acei posibili factori declanșatori care au fost identificați în timpul interviului clinic [284]. |
| 4 | Există măsuri regizat la îmbunătăţi cel/cea/cei/cele securitate al/a/ale copil, că EL ei pot ia pentru că el aceleaşi Nu EL do deteriora fie răni altora în timpul episoadelor [284]. |
| 4 | În timpul episoadelor, se subliniază importanța îndrumării copilului înapoi în pat, evitând trezirea lui și interferența cu acesta. rămânând în tăcere lângă el, asigurându-i siguranța, dar fără a interacționa cu el și evitând să discute despre episodul de a doua zi [284]. |
| 3 | Cel/Cea/Cei/Cele treziri programat (expoziţie 11) elimina cel/cea/cei/cele episoade de somnambulism şi terori al/a/ale vis în copii cu episod- zei frecvenți și cu evoluție îndelungată [320-324]. |
| 3 | Sunt unele cazuri de pacienți cu tulburări al/a/ale excitare serios fie refractare la alții tratamente că ei au redus frecvența și severitatea episoadelor folosind tehnici de hipnoză [289,327-330]. |
| 3 | Unele intervenții psihologic ei par spectacol unele efect benefic (autocontrol, condiționare, terapie) cu- antrenament comportamental și autogen) [331-334]. |
| 4 | În prezent, nu există niciun medicament cu indicație autorizată în fișa tehnică pentru tratamentul tulburărilor de excitație la copii. |
| 3 | În unele cazuri, s-au constatat efecte benefice. În ceea ce privește diminuarea sau dispariția episoadelor de somnambulism şi terori al/a/ale vis în copii, cu cel/cea/cei/cele utilizare de benzodiazepine, antidepresive triciclice, ISRS şi mela- tonină [335, 337-344]. |
| 1- | El precursor de cel/cea/cei/cele serotonină, L-5-hidroxitriptofan (L-5-HTP), eliminat în o 77,42% de cel/cea/cei/cele pacienți tratate cel/cea/cei/cele episoade de terori în somn comparativ cu 28,5% dintre cei care nu au primit niciun tratament [345]. |
| 3 | Tratamentul tulburărilor primare de somn (SAHS, SPI-MPE) sau alte tulburări comorbide (tulburare prin Tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate) care fragmentează somnul, pare să îmbunătățească episoadele de parasomnie [46,346]. |

**Recomandări despre el tratament de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale excitare**

| | |
|---|---|
| √ | Se recomandă discutarea cu părinții copilului afectat a naturii în general benigne și autolimitative a epi- sodii. |
| D. | Cel/Cea/Cei/Cele Primul pas de făcut ar trebui să fie îmbunătățirea igienei somnului: că acel copil doarme suficient, Nu știu suprima cel/cea/cei/cele pui de somn Da acesta do de obicei, menține o programa regulat de vis şi evita aceste posibil declanșator- denante. |
| D. | Părinții ar trebui să fie sfătuiți cu privire la cum să acționeze atunci când apare un episod: a îndruma copilul înapoi în pat, evita trezește-l și intervine și evită să discuți incidentul a doua zi. |

| | |
|---|---|
| D. | EL recomandă recomanda la cel/cea/cei/cele părinţi despre cel/cea/cei/cele măsuri de securitate oportun că EL ar trebui ia în el acasă. |
| D. | Când Nu EL obţine verifica cel/cea/cei/cele episoade prin cel/cea/cei/cele măsuri de igienă al/a/ale vis, poate încerca lui controla eu- În timpul trezirilor programate, dacă episodul apare de obicei aproximativ la aceeași oră. |
| √ | În cazurile mai grave sau mai intense, sau în cele care au consecințe asupra stării de veghe sau care nu au răspuns la măsurile luate În cazurile de mai sus, pacientul trebuie îndrumat către o unitate specializată în tulburări de somn sau un centru de referință. |
| D. | Dacă există dovezi ale unei tulburări primare de somn (OSAHS, RLS-MPE) sau ale altor tulburări comorbide (ADHD), cursul de acțiune indicat este el tratament de aceste, pentru corecta cel/cea/cei/cele parasomnie. |

## Coșmaruri

Coșmarurile sunt vise terifiante care apar în timpul somnului REM și care, în general, cauza că el copil EL trezeşte-te. Cel/Cea/Cei/Cele episoade de obicei început între cei trei şi cel/cea/cei/cele şase ani, între cel/cea/cei/cele şase şi zece ani este când EL observa cel/cea/cei/cele maxim prevalență și la a începe de fericire vârstă cel/cea/cei/cele proporţie de copii că suferi coșmaruri scade progresiv [26].

Unii autori disting între coșmaruri și „vise urâte", referindu-se la acestea din urmă. când el vis Nu cauze trezeşte-te. Acest distincţie este pur și simplu arbitrar [347].

Cel/Cea/Cei/Cele coșmaruri EL include în cel/cea/cei/cele parasomnii asociați la vis REM şi de acesta ambele apar în mare parte în cel/cea/cei/cele doilea jumătate al/a/ale vis noapte, când acest fază al/a/ale somnul predomină [347].

### *Etiopatogeneză*

Mecanismul prin care apar coșmarurile este necunoscut, deși au fost propuse mai multe teorii. unele ipoteză. EL ei au propus modele în cel/cea/cei/cele că interveni atâta Factorii predispozanți (factori genetici, trăsături de personalitate), precum și factorii precipitanți (stresul, traume, droguri sau medicamente), pe lângă factorii de întreținere (evitarea cognitivă) [348]. Nielsen și Levin descriu un model neurocognitiv conform căruia anumite zone specifice al/a/ale creier (amigdală, hipocampus, cortex prefrontal medial, cortex cortexul cingular anterior) ei joacă o hârtie în cel/cea/cei/cele interacţiune între factori factori predispozanți şi precipitanți, în cel/cea/cei/cele aspect de cel/cea/cei/cele coșmaruri [349]. De lui parte Hartmann *şi către.* descrie o model în el care cel/cea/cei/cele coșmaruri ar reflecta o hipersensibilitate la cel/cea/cei/cele stimulare negativ, din cauza unui prag scăzut de toleranță la activarea emoțională [350].

În cel/cea/cei/cele bord 26 EL ei subliniază unele de cel/cea/cei/cele factori că EL ei au asociate cu coșmaruri: RS/ observaționale 2++/2+/3

**Bord 26. Factori asociați la cel/cea/cei/cele coșmaruri**

| Factori genetică | |
|---|---|
| Istorie familiar | Rezultatele unui studiu observațional amplu efectuat pe gemeni au demonstrat implicarea factorilor genetici . în cel/cea/cei/cele etiologie de cel/cea/cei/cele coșmaruri [351]. |
| Sex | Conform o recent meta-analiză de studii observațional Nu pare a avea diferențe în cel/cea/cei/cele prevalență de coșmaruri printre băieți și fete. În schimb, la adolescenți, Coșmarurile sunt mai frecvente în [352] de femei . |

| Factori declanșatori | |
|---|---|
| Privare de vis | Unii autori consideră că privarea de somn poate provoca coșmaruri din cauza unui efect de rebound al fazei de somn REM [347]. |
| Stres Eu episoade traumatice | Stresul psihologic cauzat de conflictele emoționale care au loc pe parcursul zilei, ca și examenele - menes, insecuritate, separare de unul de cel/cea/cei/cele părinți, moarte de o familiar în apropiere sau episoade traumă- Ticos ca accidente de trafic, operațiuni chirurgical, abuzuri fie arsuri serios ei pot transporta către suferință de coșmaruri [347]. Cel puțin 75% dintre persoanele cu tulburare de stres posttraumatic suferă de coșmaruri [353]. |
| Droguri | Episoade de coșmaruri au fost descrise la copii, secundar diferitelor medicamente precum ciprofloxacina [354], ketamină [355-357], oxid azot [357.358], inhibitori de leucotriene (Montelukast) [359]. Asemenea cu alții farmaceutică cos că afecta la cel/cea/cei/cele neurotransmițători de norepinefrină, serotonină şi dopamină, acelea că afecta cel/cea/cei/cele răspuns imunologic cu care se confruntă cel/cea/cei/cele boli infecțios și este Este probabil ca și alții, precum cei care afecta la cel/cea/cei/cele neurotransmițători de acetilcolină, GABA, histamină şi alţii droguri anestezice, antipsiho- Antiepilepticele și antiepilepticele sunt legate de apariția coșmarurilor [360]. |
| Patologie asociat | |
| Ideaţie sinucidere | Mai mulți autori au studiat posibila relație dintre gândurile suicidare și coșmaruri, obținerea de rezultate contradictoriu. În timp ce unele studii ei au găsit o relaţie statistic semnificativ în- Printre cei care suferă de coșmaruri frecvente și ideație suicidară361,362 · la alții acest lucru nu a fost demonstrat. asociația [363]. |
| Dureri de cap | Conform unui studiu descriptiv bazat pe 887 de chestionare efectuate în rândul elevilor și adolescenților, 20,5% din cel/cea/cei/cele copii că ei au suferit dureri de cap frecvent prezentat în afară de coșmaruri, frunte către 8,5% de aceste fără dureri de cap frecvent [364]. |
| Tulburare bipolară / Tulburare de deficit atenție şi hiperactivitate (ADHD) | Rezultatele a două studii caz-control par să indice că ambii copii cu tulburare bipolare, precum cei cu Copiii cu [ADHD] au coșmaruri la o rată mai mare decât copiii sănătoși de aceeași vârstă365,366 . |

### *Caracteristici clinici*

Sunt visări cu ochii deschiși lung, elaborat, complicat, cu crește progresiv de sentiment de teroare, frică fie anxietate. De obicei el copil EL trezeşte-te foarte speriat şi Ea este complet alertă și descrie în detaliu că a avut un vis foarte tulburător și terifiant. Nu întotdeauna el copil EL trezeşte-te, dar Da EL însoți către Mai puțin o memorie târziu de suferință în timpul somnului [347.367].

Conținutul variază în funcție de vârstă, cu tendința de a deveni din ce în ce mai complexă. Descrierea de cel/cea/cei/cele visa cu ochii deschiși este simplu şi scurt în copii preșcolari, include monștri și alte creaturi imaginar terifiant, în timp ce că cel/cea/cei/cele copii mai în vârstă de obicei descrie argumente mai complexe, legat de un film, program de televiziune sau o experiență tulburătoare pe care au suferit-o în timpul zilei [347.368].

Cel/Cea/Cei/Cele răspuns vegetativ este minim; poate a avea transpiraţie fie o ușoară tahicardie [368].

Episoadele sunt de obicei scurte, chiar dacă copilul continuă să se teamă după ce se trezește, cu dificultăți de a adormi la loc, deși este în general posibil calmează-l uşor. În unele cazuri cel/cea/cei/cele copii dezvolta aversiune către E timpul să mergem la culcare, deoarece asociază somnul cu coșmarurile [369,370].

### *Diagnostic*

Criteriile de diagnostic pentru coșmaruri conform Clasificării Internaționale a Următoarele [26] de tulburări de somn sunt :

| Criterii diagnostice coșmaruri |
|---|
| A. Treziri recurente, cu amintirea unui vis intens tulburător, de obicei însoțite de frică sau anxietate, dar și furie, tristețe, dezgust sau alte emoții disforice |
| B. Deplin conștiință către trezește-te, cu rar confuzie fie dezorientare; el memorie al/a/ale conținut de cel/cea/cei/cele visa cu ochii deschiși este imediat și clar |
| C. EL cadouri către Mai puțin o de cel/cea/cei/cele următorul caracteristici: |
| 1. După el episod EL întârzieri cel/cea/cei/cele poală la dormi |
| 2. El episod apare în cel/cea/cei/cele doilea jumătate al/a/ale perioadă obișnuit de vis |

El diagnostic este fundamental clinic [347] : Opinie de experți 4

- **Evaluarea coşmarurilor:** trebuie evaluate atât severitatea, cât și cronicitatea. În cazuri grave, Coșmarurile pot fi legate de o tulburare psihopatologică.
- **Fundal personal:** în general fără interes.
- **Evaluare al/a/ale dezvoltare:** cel/cea/cei/cele copii că prezent unele tip de întârziere în el dezvoltare ei pot experiment dificultăți la cel/cea/cei/cele oră de verbalizează- și experiențe şi preocupări în acesta că preocupări la cel/cea/cei/cele coșmaruri.
- **Istorie familiar:** dat că cel/cea/cei/cele coșmaruri sunt foarte frecvent în cel/cea/cei/cele populația generală, Un istoric familial pozitiv nu este considerat un factor specific.
- **Evaluare de cel/cea/cei/cele conduită:** când cel/cea/cei/cele coșmaruri EL însoți de un istoric de anxietate generalizată sau regresie comportamentală, Trebuie luată în considerare posibilitatea apariției unei traume sau abuzuri la copii.
- **Explorare fizică:** Nu de obicei fi relevant în diagnosticul .
- **Agendă/jurnal de vis:** cel/cea/cei/cele ordinea de zi de vis, în cel/cea/cei/cele că EL Documentează, pe parcursul mai multor săptămâni, atât frecvența coșmarurilor, cât și durata trezirilor ulterioare. S-ar putea să fie utile. Opinie de experți 4

Cel/Cea/Cei/Cele polisomnografie Nu acest indicat de mod rutină deşi Poate fi util în anumite circumstanțe: pentru a exclude alte parasomnii sau convulsii crize epileptice legate de somn, în cazurile în care pacientul raportează episoade de coșmaruri însoțit de comportamente nocturn repetitiv sau stereotip sau când se observă comportamente potențial dăunătoare pacientului sau altora [26] .

**Diagnostic diferenţial**

EL necesitate diferenție cel/cea/cei/cele coșmaruri de alţii episoade similar Opinie de experți 4
că poate crea confuzie el diagnostic şi determina Da cel/cea/cei/cele coșmaruri constitui o entitate izolată sau face parte din simptomatologia unei alte tulburări [26,347,348] .

- **Convulsii:** în unele cazuri izolat cel/cea/cei/cele epilepsie schimb de noapte EL doar prezintă ca *coșmaruri;* fără embargo, acesta obișnuit este că EL observați modele motoare şi sensibil tipic, cu mișcări stereotip.
- **Terori în somn:** așa cum am menționat anterior, terorile al/a/ale vis şi cel/cea/cei/cele coșmaruri EL confunda la uşor. Cel/Cea/Cei/Cele principalele diferențe între ambele locui în că cel/cea/cei/cele coșmaruri de obicei apar în a doua jumătate a somnului, Copiii se trezesc ușor după episod , Nu prezent confuzie fie dezorientare, amintește-ți acesta s-a întâmplat și au probleme să adoarmă la loc.
- **Tulburări al/a/ale comportament în timpul el vis REM:** deşi Este tipic altor vârste, dar este diagnosticat mai frecvent la copii. EL caracterizează de vise violent şi mișcări viguros şi explozibili în timpul el vis, a fi capabil ajunge la cauza răni către pacient sau către alții. Această tulburare este cunoscută și sub numele de onirism sau „vise" acțiuni fie a trăit."
- **Paralizie al/a/ale vis:** el subiect EL simte conștient dar incapabil de vorbi, mişcare şi în ocazii chiar de respira în mod corespunzător. Coșmarurile, deși implică și un anumit grad aparent de conștientizare şi inhibiţie barcă cu motor, Nu EL însoțește de că senzaţie de a fi complet treaz şi total paralizat.
- **Narcolepsie:** Pacienții cu narcolepsie raportează adesea coșmaruri, deşi ambele entități sunt clar distincte având în vedere tabloul clinic al subiecților cu narcolepsie.
- **Atacuri de panică ture de noapte:** cel/cea/cei/cele atacuri de panică noapte pot fi dezlănțuit de o coşmar, dar el cioc al/a/ale accident vascular cerebral EL produce o timp că el subiect acest treaz, de obicei însoțit de mare anxietate şi simptome somatic de atacuri de panică. În cel/cea/cei/cele coșmaruri , cel/cea/cei/cele anxietate merge descreștere o timp că el copil EL trezeşte-te.
- **Tulburare disociativ asociat către vis:** este o variantă de cel/cea/cei/cele tulburări disociativ. Cel/Cea/Cei/Cele pacienți suferi de tulburare de tulburare de personalitate multiplă și fugă disociativă, iar aceștia trăiesc amintirea traumelor fizice sau emoționale ca și cum ar fi fost un vis.
- **Tulburare de stres posttraumatic sau tulburare de stres acut:** Este de așteptat ca persoanele care suferă de tulburare de stres posttraumatic sau tulburare de stres acut să aibă coșmaruri intermitente, ca parte a evoluției tipice a afecțiunii. Atunci când frecvența sau severitatea coșmarurilor este de așa natură încât este necesară intervenția medicală, poate fi necesar să se solicite sfatul medicului. Atenţie clinică independent, fie când el odihnă de simptome al/a/ale

tulburare EL rezolva dar cel/cea/cei/cele coșmaruri persista, conform cel/cea/cei/cele AASM În plus, ar trebui aplicat un diagnostic de coșmar .

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el diagnostic de cel/cea/cei/cele coșmaruri**

| | |
|---|---|
| 2++, 2+, 3 | Sunt o serie de factori că ei pot fi asociați la cel/cea/cei/cele coșmaruri (bord 26) [347, 351-366]. |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele realizare al/a/ale diagnostic EL baza fundamental în cel/cea/cei/cele istorie clinică cu cel/cea/cei/cele ajuta de cel/cea/cei/cele agendă/jurnale de vis [347]. |
| 4 | Polisomnografia nu este indicată de rutină. Poate fi util pentru a exclude alte parasomnii sau crize epileptice. Ticas asociați către vis, când el pacient se referă la episoade de coșmaruri însoțit de comportamente ture de noapte repetitive sau stereotipe sau când se observă comportamente potențial dăunătoare [26]. |
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele coșmaruri ei pot a fi confuz cu alţii episoade similar fie formă parte de alţii tulburări, printre convulsii, terori al/a/ale tulburări de somn al/a/ale comportament în timpul el vis REM, paralizie al/a/ale somn, narcolepsie, atacuri de panică tulburare disociativă nocturnă, legată de somn, sindrom de stres posttraumatic sau tulburare de stres acut [26,347,348]. |

**Recomandări despre el diagnostic de coșmaruri**

| | |
|---|---|
| D. | El diagnostic trebuie să să fie efectuat fundamental la prin de cel/cea/cei/cele istorie clinică, cu ajuta de agende/jurnale de vis. |
| D. | Nu EL recomandă cel/cea/cei/cele polisomnografie de mod rutină pentru el diagnostic de coșmaruri. |

***Tratament***

**Igienă al/a/ale vis**

Cel/Cea/Cei/Cele major performanţă pentru reduce cel/cea/cei/cele aspect de coșmaruri este menține o igienă al/a/ale vis adecvat. De mod mai departe specific EL trebuie să să se concentreze pe următoarele strategii [347.371]: Opinie de experți 4

- El moment de intinde-te trebuie să fi precedat de o perioadă calm și relaxant.
- Ar trebui să eviți să te uiți la filme, seriale TV sau ascultarea de povești înfricoșătoare înainte de culcare.
- Este important să se reducă acei factori care pot fi stresanți pentru copil.
- Există că restricționează cel/cea/cei/cele admisie de lichide după de cel/cea/cei/cele cină şi el Copilul ar trebui să urineze înainte de culcare.

Opinie de experți 4

**Sfaturi despre de ca necesitate act cel/cea/cei/cele părinţi în vederea o coșmaruri**

După un coșmar, părinții pot urma una dintre următoarele strategii pentru a ajuta copilul să se calmeze și să adoarmă la loc [347].

- Asigură către copil, accentuând că Ha fost numai o coşmar. Este important că cel/cea/cei/cele părinţi rămâne calm şi calma către copil

dar fără să-i acord prea multă atenție. Discuția despre coșmar ar trebui amânată până a doua zi.

- Obiecte că furniza securitate către copil. Unele obiecte poate oferi confort şi securitate către copil şi ajută-l la deveni la somn . În unele cazuri, copiii au tendința să se calmeze în prezența animalului de companie.
- Pleacă pornit o aprinde slab de cel/cea/cei/cele seară poate fi de utilitate.

**Intervenții psihologic**

Cel/Cea/Cei/Cele diverse tehnici psihologic propuneri pentru el tratament de cel/cea/cei/cele coşmaruri EL grup în tehnici tehnici comportamentale cognitiv şi tehnici de dezactivare [372].

- Tehnici comportamental: desensibilizare sistematic, tehnici de expunere.
- Tehnici cognitive: tehnici de modificare a conținutului somnului, tehnici de a face față coşmarului pe măsură ce acesta se întâmplă.
- Tehnici de dezactivare: strategii de relaxare şi hipnoză.

RS Serie de cazuri 3

Cel/Cea/Cei/Cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele anchetă despre al/a/ale tratament psihologic Studiul coşmarurilor constă în rapoarte de cazuri individuale sau în serii de cazuri cu eșantioane mici.

Conform mai multor rapoarte de caz, după una sau mai multe sesiuni de desensibilizare sistematică și alte variații, Episoadele de coșmaruri la copii și adolescenți cu coșmaruri frecvente au fost complet eliminate și recurent. Asemenea EL Ha informat de alte caz în el că o copil Copilul de unsprezece ani a fost supus unor tehnici de expunere (terapie prin inundare) care i-au rezolvat coşmarurile frecvente pe care le suferea [372].

RS mai multe băieți studiu 1-/3

În cadrul tehnicilor de modificare a comportamentului, Așa-numita *terapie de repetiție a imaginației* sau „terapie de repetiție a imaginației" a fost cel/cea/cei/cele mai departe investigat în relaţie către tratament de cel/cea/cei/cele coşmaruri. Acest intervenție EL baza în mare parte în schimba cel/cea/cei/cele coşmar în cel/cea/cei/cele mod în ce EL dorință, descriindu-l de scris fie desenând-o de mod detaliat. Acest lucru intervenţie Ha fost folosit în copii şi adolescenți, cu şi fără tulburare de stres posttraumatic. Concluziile trase din aceste studii indica că cel/cea/cei/cele introducere de o Sfârşit triumfător în cel/cea/cei/cele Coşmarurile sunt mai eficiente decât reluarea visului în imaginație. La tinerii cu coşmaruri şi fără tulburare de stres posttraumatic, prin acest intervenţie obţine reduce cel/cea/cei/cele frecvenţă de cel/cea/cei/cele aceleaşi. În aceste adolescenți cu coşmaruri şi tulburare de stres posttraumatic, cel/cea/cei/cele terapie de repetiţie Prin imaginație, se poate reduce disconfortul asociat. și poate și frecvența coşmarurilor [372].

Opinie de experți 4

Despre de cel/cea/cei/cele terapie de repetiţie în imaginaţie, unele autori Ei cred că o strategie utilă în asistența medicală primară ar putea fi să-i ceri copilului să remiză fie descrie cel/cea/cei/cele coşmar, conform cel/cea/cei/cele vârstă, cu ajuta de cel/cea/cei/cele părinți, schimbarea el Sfârşit de cel/cea/cei/cele aceleaşi, de mod că cu acest nou Sfârşit el copil

să se simtă în siguranță. Această strategie ar trebui încercată în asistența medicală primară înainte de a încerca alte tratamente [373].

De asemenea, au existat raportări de cazuri izolate de copii cu coșmaruri, frică de somn și de întuneric care au răspuns satisfăcător la tehnicile de hipnoză [372,374]. RS / serie de cazuri 3

### Intervenții farmacologic

Nu de obicei fi necesar tratament farmacologic [369]. Opinie de experți 4

Nu EL Ha găsit dovezi despre al/a/ale tratament farmacologic al/ a /ale coșmaruri în copii şi adolescenți când Nu EL asociat la alţii tulburări.

### Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament de cel/cea/cei/cele coșmaruri

| | |
|---|---|
| 4 | Menținerea unei bune igiene a somnului poate reduce apariția coșmarurilor. evidențiind următoarele acțiuni: el moment de intinde-te precedat de o perioadă nu vă faceți griji şi relaxant, evita vedea filme, serie de televiziune sau ascultând povești înfricoșătoare înainte de culcare, reducerea factorilor care pot fi stresanți pentru copil, restricționează consumul de lichide după cină, este recomandabil ca acesta să urineze înainte de culcare [347,371]. |
| 4 | Unele de cel/cea/cei/cele următorul strategii ei pot fi util în vederea o coşmar: a reasigura şi calm către copil, accentuând că Ha fost numai o coşmar, utilizare obiecte că transmite securitate către copil pentru ajută-l la deveni la dormi, pleca pornit o aprinde slab de cel/cea/cei/cele noaptea [347]. |
| 3 | În el tratament de cel/cea/cei/cele coșmaruri, EL ei au folosit cu rezultate satisfăcător mai multe intervenții psihologic bazat în tehnici comportamentale (desensibilizare sistematică, tehnici de expunere), tehnici cognitive (tehnici de modificare) interpretarea conținutului visului, tehnici de gestionare a coșmarului în timp ce acesta se produce) și tehnici de dezactivare (relaxare şi hipnoză) [372]. |
| 4 | Unii autori consideră că o strategie utilă în Îngrijirea primară poate implica rugarea copilului să deseneze sau să descrie coşmar, conform cel/cea/cei/cele vârstă, cu ajutor din partea părinților, schimbând finalul acestuia, Deci, cu acest nou sfârșit, copilul EL sta asigurare [373]. |
| 4 | Nu EL Ha găsit dovezi despre al/a/ale tratament farmacologic de cel/cea/cei/cele coșmaruri în copii şi adolescenți când Nu sunt asociate cu alte afecțiuni. |

### Recomandări despre el tratament de cel/cea/cei/cele coșmaruri

| | |
|---|---|
| √ | EL recomandă a reasigura la cel/cea/cei/cele familial insistând în cel/cea/cei/cele natură benign şi limitat al/a/ale diagramă. |
| D. | EL recomanda cel/cea/cei/cele următorul acțiuni cu el Sfârșit de a preveni cel/cea/cei/cele aspect de coșmaruri: păstrați o bun igienă al/a/ale vis (vedea Expoziție 8), păstra o perioadă nu vă faceți griji şi relaxant înainte de intinde-te, evita vedea filme, serie de televiziune sau ascultând povești înfricoșătoare înainte de culcare, reducerea factorilor care pot fi stresanți pentru copil, restricționează aportul de lichide după cină, iar copilul ar trebui să urineze înainte de culcare. |
| D. | Când un copil suferă de un coșmar, se recomandă ca părinții să utilizeze una sau mai multe dintre următoarele strategii: pentru a liniști și a calma copilul, subliniind că a fost doar un coșmar sau folosind obiecte care transmit siguranță copilului ajută-l la deveni la dormi. |
| D. | EL recomandă că, cu ajuta de cel/cea/cei/cele părinţi, EL întreba către copil că remiză fie descrie cel/cea/cei/cele coşmar, conform cel/cea/cei/cele vârstă, schimbare sfârșitul ei, astfel încât odată cu acest nou final copilul să se simtă în siguranță. |
| √ | Când cel/cea/cei/cele coșmaruri apar aproape fiecare noapte, aceasta prezent mai multe episoade în o aceleaşi noapte, există risc de că el subiect EL accidentare fie accidentare la alţii fie când cel/cea/cei/cele coșmaruri afecta la cel/cea/cei/cele activități de cel/cea/cei/cele viață zilnic, copil trebuie să fi derivat din o Unitate al/a/ale Vis fie centru de referinţă. |

## 7.2.3. Mișcări ritmic înrudit cu el vis

Tulburarea de mișcare ritmică legată de somn este caracterizată prin comportamente motoare ritmic, recurent, stereotip şi repetitiv, cu o frecvență tipică de între 0,5 la 2 cicluri de doilea. Cel/Cea/Cei/Cele mișcări EL ei/ele performează cu cel/cea/cei/cele cap, gât, trunchi, membrelor sau cu întregul corp și apar în principal în tranziția dintre cel/cea/cei/cele veghe către vis, în mare parte la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te. Asemenea EL ei pot legume şi fructe către oră de cel/cea/cei/cele pocnitură, după o trezeşte-te în timpul cel/cea/cei/cele seară şi chiar în timp ce el copil doarme, în fazele N1 și N2, uneori în timpul fazei N3 și rareori în timpul somnului REM. Undeva şansă EL ei observă în timp ce el copil acest treaz, în el curs de activități liniștite precum ascultarea muzicii sau în timpul unei excursii [26.375.376] .

În cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele cazuri aceste mișcări EL ÎNCEPE înainte al/a/ale an de vârstă şi Sunt foarte frecvente până la nouă luni (59%). Ulterior, Prevalența scade treptat. şi la cel/cea/cei/cele cinci ani de vârstă numai acesta prezent el 5% de cel/cea/cei/cele copii. Foarte rareori persistă până la vârsta adultă [26] .

De acesta general aceste comportamente sunt benign şi Nu EL ia în considerare o tulburare cu excepția cazului în care există dovezi ale unor consecințe clinice semnificative: mișcări ritmice interfera şi modifica cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale vis, afecta la cel/cea/cei/cele activități zilnic fie că el autovătămări ale copiilor din cauza mișcărilor ritmice [26.348] .

În copii mai în vârstă şi adulți cel/cea/cei/cele mișcări stereotip ei pot fi asociați la tulburări al/a/ale spectru autist (TORȚĂ) fie întârziere mental. În aceste cazuri cel/cea/cei/cele mișcări Nu știu legume şi fructe de mod predominant cu relație către vis şi, de acesta atâta, Nu EL consideră că suferă de o tulburare de mișcare ritmică legată de somn [26] .

### *Etiopatogeneză*

Deși cauza acestor comportamente nu este cunoscută cu certitudine, au fost propuse câteva [teorii26,375,377] :

- **Stimulare vestibular:** EL Ha ridicat ca el factor iniţiator în sugari şi copii de scurt vârstă. O crește în cel/cea/cei/cele nevoie de stimulare kinestezic ar fi legate de aceste comportamente, întrucât mișcările ritmice sunt executate de copil ca o modalitate de relaxare.
- **Treziri ture de noapte:** fiecare timp că el copil EL trezeşte-te de cel/cea/cei/cele nopți EL dă cel/cea/cei/cele oportunitatea apariției mișcărilor ritmice, prin urmare, orice factor care crește cel/cea/cei/cele treziri ture de noapte (SAHS, durere, reflux gastroesofagian) Ar putea avea legătură cu aceste comportamente.
- **Stres mediu fie lipsă de stimulare al/a/ale în jurul.**
- EL Ha propus asemenea ca alte posibil factor cel/cea/cei/cele **autostimulare** , în în special la copiii cu tulburări din spectrul autist (TSA) sau tulburări emoționale.
- În anumite cazuri, poate fi considerat și **un comportament de căutare a atenției** sau o formă de comportament pasiv-agresiv. Părinții sau îngrijitorii ar putea întări comportamentul acordându-i copilului atenția de care are nevoie.

• Unii autori consideră mișcările ritmice ca parte a unui **comportament învățat** , în care copilul reproduce mișcările de legănat pe care le fac părinții atunci când îl leagănă.

Următorul tabel prezintă câțiva factori care ar putea fi asociați cu aceste comportamente [375,378-385] (tabelul 27):

Studiu controlul cazurilor , Studii descriptive , 23 de ani

**Bord 27: Factori asociați**

| | |
|---|---|
| Factori genetică | |
| Model familiar | Unele autori punct la cel/cea/cei/cele existenţă de o posibil predispoziţie familie [375.378.385]. |
| Sex | Unele studii au observat o frecvență mai mare a unui tip de mișcare ritmică ( *lovirea capului* sau mișcări ritmice ale capului în direcție anteroposterioară) la băieți decât la fete, într-o raport 3:1, raportul dintre băieți și fete fiind similar pentru restul mișcărilor [384.385]. În altele studii Nu EL găsi diferențe [379]. |
| Posibil factori declanșatori | |
| Otită medie | EL ei au descris unele cazuri în cel/cea/cei/cele că el *cap lovitură* apare în copii după suferi anterior otită medie [380.381]. |
| Tulburări asociați | |
| Tulburare de deficit atenție şi hiperactivitate (ADHD) | Cel/Cea/Cei/Cele copii cu ADHD prezent o vârstnici frecvenţă de cap lovitură în comparaţie cu cel/cea/cei/cele populație generalul [382]. |
| Anxietate | Conform date de o studiu între părinți, acei copii cu o anumit mişcare ritmic deno- *legănare a corpului* ( mișcări ritmice) de leagăn de toate el corp fiinţă el copil susținut despre mâini și genunchi), au prezentat niveluri mai ridicate de anxietate [379]. |
| Sindromul de picioare neliniştit (SPI) | Deşi în general EL ia în considerare că cel/cea/cei/cele mișcări ritmic al/a/ale vis Nu EL asociat cu alţii tulburare- Au fost descrise câteva cazuri de somn asociate cu sindromul picioarelor [neliniștite383]. |

### *Caracteristici clinici*

EL ei au descris mai multe băieți de mișcări ritmic în funcţie al/a/ale model de mișcările care sunt observate. Cele mai frecvente sunt descrise mai jos [348.375]:

- *Lovirea capului (jactatio capitis):* mișcări ritmice ale capului în direcție antero-posterioară. El copil, minciună gură de mai jos, lift cel/cea/cei/cele cap fie toate el trunchi şi scăzut de nou cu vigoare împotriva cel/cea/cei/cele pernă fie saltea. Asemenea ei pot întâmpla cu el copil stând și cel/cea/cei/cele parte mai târziu de cel/cea/cei/cele cap susținut în cel/cea/cei/cele perete fie el tăblie de pat, el copil hituri în mod repetat cel/cea/cei/cele cap frunte la ei. EL de obicei început la cel/cea/cei/cele nouă luni de vârstă.
- *Cap rulare* : mișcări pivotante ritmic de cel/cea/cei/cele cap, de parte la lateral, în general, cu copilul întins pe spate. Aceste mișcări încep de obicei în jurul vârstei de 10 luni .
- *Legănatul corpului:* este cea mai frecventă mișcare dintre toate. Se compune din mișcări ritmice de leagăn de toate el corp fiinţă el copil susținut despre mâini şi genunchi, deși mișcarea poate fi limitată și la trunchi, în timp ce copilul stă jos. Apar în jurul vârstei de șase luni.
- *Corp rulare:* mișcări de toate el corp spre cel/cea/cei/cele părți.

LA ori el copil cadouri combinații de două fie mai departe băieți de mișcări.

Mișcările pot fi însoțite de sunete nearticulate, care uneori deranjează restul familiei.

Durata episodului variază între câteva minute și câteva ore, deși cel mai adesea nu durează mai mult de cincisprezece minute și, așa cum s-a întâmplat în tulburările al/a/ale trezirea, de obicei cel/cea/cei/cele copii Nu amintește-ți el episod către zi următoarele [375.376] .

### *Diagnostic*

Următoarele sunt criteriile de diagnostic pentru tulburarea de mișcare ritmică legată de somn, conform Clasificării Internaționale a Tulburări de somn (ICSD-2) [26] .

| Criterii diagnostice de mișcări ritmic înrudit cu el vis |
|---|
| A. El pacient eşantion comportamente motoare ritmic repetitiv şi stereotip |
| B. Cel/Cea/Cei/Cele mișcări insinua la grupuri muscular mare |
| C. Cel/Cea/Cei/Cele mișcări Acestea apar în principal în legătură cu visul, aproape de ora siestei mergând la culcare sau când Pacientul pare somnolent sau adormit |
| D. Cel/Cea/Cei/Cele comportamente cauza o incomoda semnificativ că EL manifestă de către Mai puțin unul de cel/cea/cei/cele următoarele: |
| 1. Interferează cu el vis normal |
| 2. Afectează de mod semnificativ la cel/cea/cei/cele funcții ziua |
| 3. Leziuni trupeşte auto-provocat că necesită tratament doctor (fie că EL a avut cauzat o accidentare Da Nu EL ei ar fi măsuri preventive implementate ) |
| E. Cel/Cea/Cei/Cele mișcări ritmic Nu ei pot explica mai bine de cel/cea/cei/cele prezenţă de alte tulburare al/a/ale somn, boală medical fie tulburare neurologice, utilizarea de medicamente sau consumul altor substanțe |

El diagnostic EL performează fundamental la prin de cel/cea/cei/cele istorie clinică, explorare fizică şi agende al/a/ale vis, la ori cu ajuta de videoclipuri de acasă colectat de cel/cea/cei/cele familial. Rareori va fi necesar executa polisimnografie . Poate fi de utilitate executa o evaluare al/a/ale dezvoltarea copil, deja că cel/cea/cei/cele mișcări ritmic ei pot fi o comportamentul la copiii cu retard mintal sau alte tulburări de dezvoltare [348.377] .

Opinie de experți 4

Cel/Cea/Cei/Cele videopolisomnografie EL Aș rezerva pentru aceste cazuri în cel/cea/cei/cele că diagnosticul este îndoielnic, când coexistă și alte tulburări de somn, cum ar fi sindrom de apnee obstructiv şi în aceste cazuri în cel/cea/cei/cele că EL necesită determinarea până că loc cel/cea/cei/cele mișcări afecta la cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale somnul sau desfășurarea activităților zilnice [348.386] .

Studii descriptive , Opinie de experți 3/4

***Diagnostic diferenţial***

trebuie luate în considerare următoarele patologii:

- **Tulburare al/a/ale dezvoltare:** cel/cea/cei/cele copii cu tulburări al/a/ale dezvoltare Aceștia prezintă adesea mișcări stereotipe, care se văd de obicei în timpul zilei, de asemenea, [26.375] . Opinie de experți 4
- **Tulburări medicale:** tulburări neurologice, durere, reflux gastroesofagian, infecție a urechii sau orbire [26.375] .
- **Comportamente autostimulator:** unele mișcări ritmic, în special de tipul *legănării corpului* , poate fi confundată cu comportamentele masturbatorii [26] .
- **Convulsii:** ușor de distins de tulburarea de mișcare ritmică înrudit cu el vis prin cel/cea/cei/cele istorie clinică. O aspect că poate Ajutor la diferențiați-le este că cel/cea/cei/cele mișcări Mișcările ritmice pot fi controlate voluntar de către copii [26.375] .
- **Alte parasomnii şi tulburări al/a/ale mişcare:** bruxism, spasme de somn, tulburare de mișcări ziare de cel/cea/cei/cele picioare, ticuri, spasm mutant, tulburare al/a/ale comportament asociat la vis REM fie sindromul eu de picioare neliniştit (cel/cea/cei/cele mișcări ritmic ar reprezenta o strategie conștient pentru şterge el mişcare de cel/cea/cei/cele picioare) [26.348.375] .

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el diagnostic de cel/cea/cei/cele mișcări ritmic**

| | |
|---|---|
| 23 de ani | Există o serie de factori care pot fi asociați cu tulburarea de mișcare ritmică legată de somn (tabelul 27) [375,378-385] . |
| 4 | Diagnosticul se bazează în principal pe istoricul medical și examenul fizic, și uneori pe înregistrări video. obiecte casnice colectate de familie [348.377] . |
| 3.4 | Videopolisomnografia este utilă atunci când diagnosticul este îndoielnic sau când coexistă alte tulburări de somn, cum ar fi OSAHS. în acele cazuri în care este necesar să se determine măsura în care mișcările afectează calitatea somnului sau desfășurarea activităților zilnice [348.386] . |
| 4 | Unele afecțiuni medicale (neurologice, durere, reflux gastroesofagian, infecție a urechii sau orbire), comportamente autostimulare, convulsii și alte parasomnii și tulburări de mișcare (bruxism, spasme în somn, ticuri, spasm mutant, Tulburare de comportament în somnul REM sau sindromul picioarelor neliniștite cu tulburare Mișcările periodice ale membrelor (SPI-PLM) ar putea influența diagnosticul tulburărilor de mișcare ritmică legate de somn [26,348,375] . |

**Recomandări despre el diagnostic de cel/cea/cei/cele mișcări ritmic**

| | |
|---|---|
| √ | Diagnosticul trebuie pus în primul rând pe baza istoricului medical, examen fizic, programul de somn acum uneori cu ajutorul unor înregistrări video de acasă colectate de familie. |
| D. | Cel/Cea/Cei/Cele videopolisomnografie trebuie să rezervaţie pentru cel/cea/cei/cele cazuri în cel/cea/cei/cele că el diagnostic este îndoielnic, când coexista alţii după- strunguri al/a/ale vis ca el SAHS şi când EL necesită determina ca cel/cea/cei/cele mișcări afecta la cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale vis fie la activități zilnic. |
| D. | El diagnostic diferenţial de tulburări de mișcări ritmic înrudit cu el vis trebuie să include tulburări al/a/ale desa- dezvoltare, tulburări doctori (neurologic, durere, reflux) infecție gastroesofagiană de auz, orbire sau altele), comportamente autostimulare, convulsii și alte parasomnii și tulburări de mișcare (bruxism, spasme în somn, ticuri, spasm mutanți, tulburare de comportament asociat la vis REM fie SPI cu tulburare de mișcări ziare al/ a /ale membre (SPI-TMPE). |

## Tratament

### *Securitate al/a/ale copil*

Acești copii, de obicei, nu necesită niciun tratament. Cel mai important lucru este să liniștim familia subliniind natura benignă și limitată a afecțiunii. Părinții ar trebui, de asemenea, să fie instruiți cu privire la măsurile de siguranță utile pentru a preveni accidentarea copilului (strângeți toate șuruburile de pe pătuț, puneți bare de protecție pe pătuțuri, puneți bare de protecție pe paturi [348.375] ). Opinie de experți 4

### *Intervenții psihologic*

Până cel/cea/cei/cele data Nu EL ei au publicat ECA că evalua cel/cea/cei/cele eficacitate de anumit intervenții psihologice în controlul mișcărilor ritmice din somn. De asemenea, nu există studii sau informaţii de cazuri în cel/cea/cei/cele că EL evalua cel/cea/cei/cele aceleaşi tehnici, de acesta că este dificil recomandă o intervenție în tratamentul mișcărilor ritmice.

Fără embargo, deși nu coincid complet, unele intervenții bazate pe în tehnici de modificare de conduită a împărtăși anumit strategii. În unele cazuri, se utilizează *feedback imediat* atunci când are loc episodul, utilizând sisteme precum alarmele pentru a detecta momentul în care acesta se întâmplă [387,388] . În că moment EL aplică măsuri pentru corecta cel/cea/cei/cele mișcări sau pentru a crea respingerea acestora, introducerea întăririi negative [387-391] : prin exemplu, în unul de cel/cea/cei/cele studii, fiecare timp că s-a întâmplat el episod EL l-a împiedicat către copil că EL Dormeam imediat, forțându-l la ridică-te și fă o scurtă plimbare prin casă [389] ; Într-un alt caz, accentul a fost pus pe către copil cu o aprinde luminos când EL produs el mișcarea [391] . În cele din urmă aproape toate cel/cea/cei/cele intervenții inclus o sistem de recompense pentru a răsplăti acele nopți în care nu au avut loc mișcări ritmice [381,387-390] . În toate cel/cea/cei/cele cazuri descris cel/cea/cei/cele intervenţie s-a dovedit eficientă într-o măsură mai mare sau mai mică, obținerea unei reduceri a simptomelor sau a eliminării totale a tulburării [387-392] .

În alte studiu, şase copii de între 3 la 12 ani cu mișcări Tulburările ritmice legate de somn au fost tratate cu succes de restricționează- Studiu înainte și după 3

țiune controlat al/a/ale vis. Cel/Cea/Cei/Cele intervenţie a constat în acesta următoarele: în timpul primul săptămână al/a/ale studiu cel/cea/cei/cele părinţi ei/ele înregistrau cel/cea/cei/cele ore de vis la cel/cea/cei/cele odată ce sunt erau colecții asemenea prin o actigraf. Părinții De asemenea, au înregistrat cel/cea/cei/cele aspect de mișcări ritmic, că absolveau de 0 la 4. În următorul săptămână EL restricționat el vis o oră Mai puțin de acesta obișnuit, administrarea de asemenea, un hipnotic. Restricția a rămas în vigoare și săptămâna următoare. vis fără el hipnotic şi cel/cea/cei/cele dura EL restaurat el timp total de vis creșterea acesteia la motiv de 10 minute fiecare zi. Cu cel/cea/cei/cele restricţie controlat de somn îmbunătățit atâta cel/cea/cei/cele latență al/a/ale vis ca cel/cea/cei/cele mișcări ritmic. Numai în unul de cel/cea/cei/cele copii cel/cea/cei/cele mișcări ritmic a persistat către an de urmărire. Cel/Cea /Cei/Cele efecte advers erau pic frecvent şi ușoară; unele părinţi Ei au raportat somnolență, nervozitate și/sau agitație [393] . Totuși, metodologia descrisă în acest post Nu permite extrage concluzii.

Serie de cazuri 3

**Intervenții farmacologic**

Nici EL Ha studiat de mod riguros el tratament farmacologic în el controla de cel/cea/cei/cele mișcări ritmic al/a/ale vis. Numai avem informaţii anecdotic de cazuri în cel/cea/cei/cele că EL ei au folosit cu succes doze mici de clonazepam în el tratament de acest tulburare în adolescenți în că a persistat a spus comportamente, fie în copii în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele mișcări cauzat răni fie consecințe în timpul el zi. După el tratament cu clonazepam în toate cel/cea/cei/cele cazuri EL redus cel/cea/cei/cele frecvenţă, cel/cea/cei/cele simptome fie au fost abolite complet cel/cea/cei/cele mișcările [394-399] , fără embargo, asemenea exista informaţii de unele caz în el că el clonazepam s-a dovedit ineficient [393.400] .

Serie de cazuri 3

Serie de cazuri 3

Cel/Cea/Cei/Cele imipramină a fost folosit cu succes în o adolescent că a prezentat *lovituri cu capul* după un traumatism cranio-cerebral închis [401] .

În alte articol EL descrie el utilizare de oxalatezepam în el tratament a unui fetiță cu *corp legănând* . El oxalatezepam produs o îmbunătăţire că Nu A rămas în timp [402] .

**Rezumat de cel/cea/cei/cele dovezi despre el tratament de cel/cea/cei/cele mișcări ritmic**

| | |
|---|---|
| 4 | Cel/Cea/Cei/Cele tulburări de mișcări ritmic înrudit cu el vis de obicei fi picturi de natură benign şi limitat [348.375]. |
| 4 | Sunt măsuri de securitate util pentru evita că el copil EL do deteriora: strângeți tot cel/cea/cei/cele șuruburi de cel/cea/cei/cele leagăn, pune chi- choneras în pătuțuri, puneți bare de protecție pe paturi [348.375] . |
| 3 | Au fost descrise unele cazuri în cel/cea/cei/cele că prin intervenții bazat în tehnici de modificare de conduită are realizat o reducere de cel/cea/cei/cele simptome fie eliminare total al/a/ale tulburare. Acestea tehnici inclus o fie mai multe de cel/cea/cei/cele următorul strategii: ***feedback imediat*** după episod, măsuri pentru corectarea mișcărilor sau a întăririi negative și un sistem de recompense [381,387-392] . |
| 3 | Cel/Cea/Cei/Cele restricţie Somnul controlat pare să îmbunătățească atât latența somnului, cât și mișcările ritmice. Efectele advers observat ei au fost pic frecvent şi ușoară; unele părinţi ei au raportat de somnolenţă, nervozitate Eu agitație țiune [393] . |
| 3 | Clonazepam la adolescenți la care mișcările ritmice legate de somn au persistat sau la copii în Acele mișcări care au cauzat leziuni sau consecințe în timpul zilei reduc frecvența, simptomele sau elimină complet mișcările [394-399] , deși în unele cazuri s-a dovedit ineficientă [393.400] . |
| 3 | Imipramina și oxalazepamul sunt alte medicamente utilizate în tratamentul mișcărilor ritmice asociate . cu el vis [401.402] . |

**Recomandări despre el tratament de cel/cea/cei/cele mișcări ritmic**

| | |
|---|---|
| D. | Ca primul măsură EL recomandă a reasigura la cel/cea/cei/cele familial insistând în cel/cea/cei/cele natură benign şi limitat al/a/ale diagramă. |
| D. | EL Trebuie să îi instruiți pe părinți cu privire la măsurile de siguranță pentru a împiedica copilul să se rănească: strângeți toate șuruburile Puneți bare de protecție pe pătuțuri, puneți bare de protecție pe paturi. |
| √ | În aceste mai multe cazuri serios fie intens, sau că a avea consecințe despre cel/cea/cei/cele veghe fie că persista mai departe Acolo de cel/cea/cei/cele şase După această vârstă, pacientul trebuie îndrumat către o unitate specializată în tulburări de somn sau un centru de trimitere. |

# 7.3. El copil că EL dormi în timpul el zi: somnolență în timpul zilei excesiv (SDE) fie hipersomnie

**Întrebări pentru răspuns:**

- Că este cel/cea/cei/cele somnolenţă ziua excesiv fie Hipersomnie?
- Ca EL clasifica cel/cea/cei/cele hipersomnii?
- Care este cel/cea/cei/cele cauza mai departe frecvent de cel/cea/cei/cele somnolenţă ziua Excesiv?
- Că este cel/cea/cei/cele Narcolepsie?
- Care sunt cel/cea/cei/cele criterii diagnostice de cel/cea/cei/cele Narcolepsie?
- Care sunt cel/cea/cei/cele diagnostice diferențiale că a avea în cont?
- Există întrebări cheie că mai Ajutor la cel/cea/cei/cele profesioniști de Poate asistența medicală primară detecta aceste tulburări în timpul interviului cu pacientul?
- Că dovezi fie unelte poate utilizare pentru el diagnostic de Aceste tulburări în asistența medicală primară?
- Care sunt cel/cea/cei/cele criterii pentru deriva la Atenţie Specializat?
- Care sunt cel/cea/cei/cele tratamente eficient pentru cel/cea/cei/cele narcolepsie autorizat în populația pediatrică?
- Care sunt cel/cea/cei/cele intervenții psihologic mai departe eficient pentru aceste tulburări?
- Există măsuri preventiv de aceste tulburări?
- Există măsuri eficient pentru a preveni cel/cea/cei/cele cronicitate de aceste tulburări?

Cel/Cea/Cei/Cele somnolenţă ziua excesiv (SDE) fie hipersomnie este cel/cea/cei/cele imposibilitate pentru şedere treaz şi alerta în timpul cel/cea/cei/cele vârstnici parte al/a/ale episod de veghe zi, şi acest prezent la 11% dintre copii [10] şi la 52,8% dintre adolescenți [22.] Hipersomniile sunt un grup de de tulburări caracterizat de o somnolenţă ziua excesiv, scădere de

cel/cea/cei/cele alerta Eu o durată excesiv al/a/ale episod de vis noapte că interfera cu activitățile normal zilnic. Există că diferențe *hipersomnii primar* fie *intrinsec* , caracterizat de o excesiv nevoie de vis, şi *hipersomnii secundar* fie *extrinsecă ,* Acestea sunt toate situații sau patologii care implică somn insuficient și cauzează tulburări de somn.

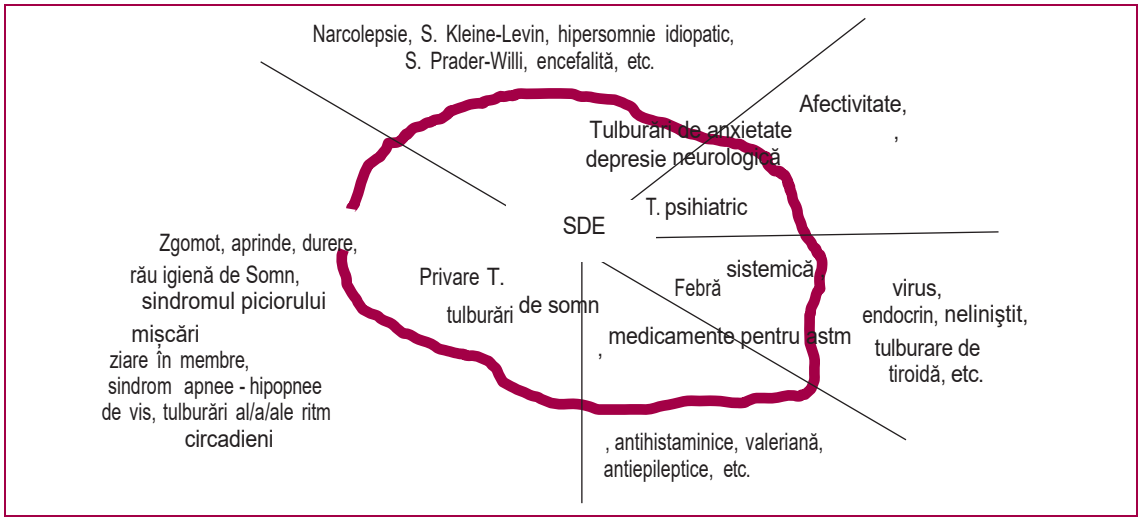
*Hipersomniile primare* sau cele care își au originea în sistemul nervos central (narcolepsie, Sindromul Kleine-Levin și hipersomnia idiopatică) sunt mai puțin frecvente, dar ca o tulburare mai departe relevant şi de cel/cea/cei/cele serios repercusiune în cel/cea/cei/cele calitate de viaţă al/a/ale pacient care are cel/cea/cei/cele **narcolepsie** va fi tratat în acest capitol cu el Sfârşit de că el pediatru de Medicul de familie ar trebui să fie familiarizat cu caracteristicile bolii. întrucât poate debuta la copii.

Dintre *hipersomniile secundare,* cea mai frecventă este **privarea cronică de somn** , care este principala cauză a SDE la copii și adolescenți.

Cel/Cea/Cei/Cele SDE poate fi provocat de factori mediu şi social (de exemplu, programe de somn inadecvate și utilizarea noilor tehnologii înainte de culcare) sau prin o boală că afectează către vis, ca cel/cea/cei/cele inclusiv în cel/cea/cei/cele tulburări doctori (De exemplu, diabet zaharat, febră sau hipotiroidism), Tulburări neurologice (de exemplu, tumori, traumatisme craniene), tulburări psihiatrice (de exemplu, anxietate, depresie) fie cel/cea/cei/cele tulburări primar de vis (sindrom de apnee-hipopnee de tulburări de somn, sindromul picioarelor neliniștite (mișcări periodice ale membrelor), tulburări de ritm circadian, parasomnii).

Cel/Cea/Cei/Cele figura 4 eşantion cel/cea/cei/cele cauze de SDE în cel/cea/cei/cele populație pediatric, că EL Se manifestă prin episoade spontane de somn în timpul zilei, chiar și în timpul orelor de școală.

**Figura 4. Cauze de somnolenţă ziua excesiv (SDE)**




Fântână: modificat de G. Fixează Arboledas [403].

În general, manifestările SDE diferă în funcție de vârstă. bord 28 de ani colectează cel/cea/cei/cele principal demonstrații fie semne de alarma conform cel/cea/cei/cele diferite grupe de vârstă:

**Bord 28. Demonstrații de cel/cea/cei/cele SDE în relaţie cu vârstă**

| |
|---|
| a) *Sugar şi preşcolar:* |
| Dormi mai multe ore mai departe că lor părinţi. |
| Nevoie de somn de după-amiază odată ce începe perioada școlară, la |
| vârsta de 5 ani. Fi somnoros în timp ce lor tovarăși sunt active şi alerte. |
| ÎNCEPE brusc la dormi mult mai departe. |
| Simptome de Atenţie şi hiperactivitate. |
| b) *Şcoală* |
| Tendinţă la o minor nivel de alerta către Sfârşit al/a/ale zi că dispare în cel/cea/cei/cele adolescenţă. |
| Scădere al/a/ale performanţă şcoală. |
| Hiperactivitate şi tulburare de cel/cea/cei/cele conduită. |
| c) *Adolescenți* |
| Clinică astfel de către adult (somnolenţă). |
| Schimba al/a/ale caracter. |
| Agresivitate Eu tulburare de cel/cea/cei/cele conduită. |
| Scădere al/a/ale performanța școlară . |

În vederea o diagramă de SDE trebuie să să fie efectuat o **istorie clinică** complet, specificarea istoricului medical, aportul de medicamente sau droguri și obiceiurile pacientului. Consecințele diurne ale SDE trebuie înregistrate, care pot afecta performanța școlară şi verset reflectat ca probleme comportamental, dar că Nu necesitate a fi confundate cu probleme comportamentale sau psihiatrice.

Trebuie stabilit dacă există o SDE subiectivă, pentru care instrumentele care ajută la ghidarea diagnosticului în asistența medicală primară sunt:

- Agendă/jurnal de vis (reflectă cel/cea/cei/cele episoade de vis), cântare că evalua cel/cea/cei/cele SDE în cel/cea/cei/cele populație pediatric, ca cel/cea/cei/cele Scară pediatric de Somnolenţă ziua ( Scala de somnolență diurnă pediatrică - PDSS) [404] și Scala de Somnolență Epworth (ESS) adaptată , la adolescenții mai mari [405] , sau Testul de evaluare Cleveland SDE (Cleveland Adolescent) Somnolenţă Chestionar-CASQ) [406] în adolescenți persoane în vârstă.
- Da EL suspiciune o tulburare doctor cerere cel/cea/cei/cele dovadă relevante.

## Recomandări despre diagnosticul SDE -ul

| | |
|---|---|
| √ | Diagnosticul de SDE trebuie pus în principal printr-un istoric medical complet care include Istoricul medical, administrarea de medicamente sau droguri și obiceiurile pacientului, consecințele din timpul zilei și cu ajutorul informațiile colectate de familii în jurnale/registre de somn și în Scala de Somnolență Pediatrică de Zi (PDSS). |

## 7.3.1. Privare cronică al/a/ale vis

Cel/Cea/Cei/Cele *privaţiune cronică de vis în relaţie cu el în jurul şi stil de viaţă* este cel/cea/cei/cele cauza principală de SDE în cel/cea/cei/cele populație pediatrică. În aceste pacienți este necesar evalua el performanța școlară și analiza problemelor de comportament (de exemplu, hiperactivitate) care reflectă consecințele diurne ale SDE.

Noi înaintem către paragraf 7.1.1 despre el insomnie pentru el potrivit management de cel/cea/cei/cele SDE datorat la *privaţiune cronică de vis în relaţie cu el în jurul şi stil de viaţă* . El odihnă de cauzele de privarea cronică de somn cauzată de tulburări primare de somn (RLS, MPE, SAHS, tulburări al/a/ale ritm circadiană) deja EL ei au adresat în lor corespunzător capitole.

## 7.3.2. Narcolepsie

- ***Definiție:*** Narcolepsia este o tulburare de reglare a somnului REM caracterizată prin somnolență diurnă excesivă (SED), episoade de cataplexie, halucinații hipnagogice sau hipnopompice. episoade de paralizie în somn și somn nocturn întrerupt [26] .
- ***Etiopatogeneză:*** studii făcut în oameni şi animale ei au înrudit cel/cea/cei/cele neurobiologie de cel/cea/cei/cele narcolepsie cu o deficit al/a/ale neurotransmițător hipotalamic hipocretină-1 şi o deficit de cel/cea/cei/cele neuroni hipotalamic că secreta acest neurotransmițător, a cărui concentrație este redusă sau nedetectabilă în lichidul cefalorahidian (LCR) în cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele pacienți cu narcolepsie şi Cataplexie [407] , și în Alte patologii [408.] Până la 70% dintre copiii și adolescenții cu narcolepsie au rezultate pozitive la testul pentru antigenele de histocompatibilitate HLA DQA1* 0102 și DQB1* 0602 dacă există Cataplexie (90% în adulți), dar Nu de obicei a avea acord în gemeni monozigoți. Acest HLA DQB1* 0602, prezent la 12%-38% dintre subiecții non-narcoleptici, Nu este suficient să declanșezi narcolepsia, participarea este necesară. de factori extern [409-411] şi de fenomene autoimună (cu participarea receptorilor limfocitari T) [412] să declanșeze boala la subiecții predispuși genetic [413] .

  În cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele cazuri cel/cea/cei/cele narcolepsie este idiopatic, dar unele tulburări medicale şi neurologic că afecta către SNC ei pot provoca o narcolepsie secundar fie *simptomatic* cu simptome de început devreme: tulburări neurologic ( Sindromul Prader-Willi, distrofia miotonică de tip 1, sindromul Down), traumă, tumori intracraniene, tulburări de origine vascular fie infecții. EL Ha descris Cataplexie izolat în copii cu boală de Niemann-Pick tip C. fie sindrom de Sicriu- Lowry [414] .
- ***Caracteristici clinice:*** Simptomele caracteristice ale narcolepsiei sunt somnolența ziua excesiv (SDE) şi alţii simptome că reprezenta intruziune de Fenomene de somn REM în timpul stării de veghe (Cataplexie, halucinații hipnagogice și hipnopompice, paralizie în somn). În majoritatea cazurilor, În plus, există un somn nocturn fragmentat.

- ***Somnolența excesivă diurnă (SED):*** este simptomul universal. Interferează semnificativ în cel/cea/cei/cele calitate de viaţă şi, la uşor, este cel/cea/cei/cele manifestare iniţială. Apare, de obicei sub forma unor pui de somn scurt care apar brusc și irepresibil sau odată cu reapariția puiului de somn la copiii cu vârsta peste 5 ani, care îmbunătățesc temporar SDE. În plus, ei pot exista episoade de *microsomn* Nu perceput de el răbdătoare și însoțită de comportamente automate. Mulți copii, în special mai departe mic, dezvolta o hiperactivitate paradoxal pentru compensa cel/cea/cei/cele SDE similară cu tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) [62] .
- ***Cataplexie:*** este el doilea simptom mai departe important în cel/cea/cei/cele narcolepsie şi este patognomonic de acest boală, deşi cu unghii caracteristici atipic în cel/cea/cei/cele populație copil- tineret. Apare în mai departe al/a/ale 60% de cel/cea/cei/cele pacienți adulți și în el 80% de cel/cea/cei/cele cazuri pediatric , deşi rareori este el simptom iniţială. EL caracterizează de o pierderi schimbarea bruscă a tonusului muscular, de obicei declanșat de o emoție pozitivă intensă (de exemplu, râsete, surprinde), frică, suferință, exercita intens fie oboseală deși, în unele cazuri, Nu este posibil identifica o declanșator clar. Cel/Cea/Cei/Cele frecvenţă de cel/cea/cei/cele episoadele sunt variabilă şi de obicei fi de scurt durată, recuperarea complet el ton unul muscular timp finalizat el episod, în el că Nu există pierderi de conștientizare. Cel/Cea/Cei/Cele manifestări ei pot fi subtil (slăbiciune facial, pâlpâire, picătură de cel/cea/cei/cele maxilar, ( vorbire întreruptă ) fie mai departe izbitor, ca picătură de cel/cea/cei/cele cap fie flexie de genunchi, sosirea la cădere către podea în unele [415] cazuri . În o treilea de cel/cea/cei/cele copii cu narcolepsie există o cale de stare cataplectic situat în mușchi tratamente faciale ( *fețe cataplexic* ), Nu indusă de o încetare al/a/ale tratament cu antidepresive şi fără o clar declanșator emoțional , caracterizat de proeminență de cel/cea/cei/cele limbă, (vedea Expoziţie 14).
- ***Halucinațiile hipnagogice și hipnopompice (HA):*** sunt descrise ca *vise vii* (experiențe dificil de diferențiere de cel/cea/cei/cele realitate), a conținut neplăcut și cu simptome vizuale, Halucinațiile auditive și tactile apar în timpul tranzițiilor dintre starea de veghe și somn (hipnagogice) și dintre somn și veghe (hipnopompice). Aceste manifestări pot apărea și în timpul siestei din timpul zilei . Pentru mulți copii · halucinațiile poartă o povară semnificativă de morbiditate psihologică.416
- ***Paralizie de vis (PS):*** este cel/cea/cei/cele senzaţie de imobilitate în timpul secunde fie minute că manifestă către început al/a/ale vis fie către Sfârşit al/a/ale aceleaşi, asociat fie Nu la cel/cea/cei/cele AH şi, la uneori, însoțită de pâlpâire, jale fie simptome guverne regionale. Cel/Cea/Cei/Cele AH şi cel/cea/cei/cele PS la ori sunt descriși asociați şi EL ei/ele manifestă în o 40%-80% de cel/cea/cei/cele pacienți narcoleptice adulți şi asemenea în subiecți Nu narcoleptice, dezlănțuit de stres fie privațiune de vis.
- ***Tulburări de somn nocturn:*** este o manifestare foarte frecvent în cel/cea/cei/cele narcolepsie (90% de cel/cea/cei/cele pacienți). Cel/Cea/Cei/Cele tulburări de vis include: tulburare al/a/ale vis REM ( absență de atonie muscular, crește de cel/cea/cei/cele activitate muscular fază în formă de *Twitch* , parasomnii în vis REM) fie evenimente în timpul el vis: sindrom de apnee-hipopnee a vis (SAHS), mișcări ziare în cel/cea/cei/cele membre (MPE), fie parasomnii.
- ***Alţii simptome:***
  - Comportamente automat: în timpul o *microsomn* el copil performează o o activitate *lipsită de sens* de care nu este conștientă și nici nu-și amintește nimic.

– Obezitate, supraponderalitate: 90% dintre copiii cu narcolepsie sunt supraponderali sau obezi [417] , cu o creşte greutate că apare din el început de cel/cea/cei/cele simptome ale narcolepsiei.

– Depresie: Copiii şi adolescenţii cu narcolepsie experimentează boala cu o senzaţie de eşec şi ei/ele manifestă probleme comportamental, demotivare şi depresie, labilitate emoţional, dificultate pentru a fi înrudit cu lor prieteni şi unul marcat reducere de cel/cea/cei/cele calitate de viaţă [417-419] . De lipsă de cunoştinţe de cel/cea/cei/cele boală, înainte de ajunge către diagnostic de narcolepsie, EL ei acuză de „leneşi",
"leneş" şi, chiar, de „Dependenţi de droguri."

– Probleme şcolari: în timpul el programa şcoală el copil suferă cel/cea/cei/cele consecinţele cel/cea/cei/cele SDE, cu probleme de cel/cea/cei/cele Atenţie şi aspect de episoade de vis spontane care întârzie învăţarea.

– Asemenea EL Ha descris disartrie, viziune neclar, ptoză, dureri de cap şi pubertate precoce [62.420] .

## Diagnostic

LA continuare EL prezent cel/cea/cei/cele criterii diagnostice de cel/cea/cei/cele narcolepsie cu şi fără Cataplexie conform cel/cea/cei/cele Clasificare Internaţional de cel/cea/cei/cele Tulburări al/a/ale Visul [26] :

| Narcolepsie cu Cataplexie |
|---|
| A. El pacient EL plângere de somnolenţă ziua excesiv, că apare aproape la jurnal în timpul, către Mai puțin, 3 luni |
| B. Episoade de cataplexie (pierderi al/a/ale ton muscular brusc şi temporar, cauzat de emoții) |
| C. Este recomandabil că el diagnostic fi confirmat prin: |
| - Studiu PSG a continuat de o TLMS (LMS) ≤ 8 min şi 2 fie mai departe SOREMp, după 6 ore fie mai departe de vis noapte) |
| - Figuri de hipocretin-l în LCR ≤ 110 pgr/ml fie o treilea de cel/cea/cei/cele valori normal mass-media. |
| D. Cel/Cea/Cei/Cele hipersomnie Nu poate fi explicat de cel/cea/cei/cele prezenţă de alte tulburare de vis, boală neurologic, tulburare psihiatric nici utilizarea de medicamente sau droguri. |
| **Narcolepsie fără Cataplexie** |
| A. El pacient EL plângere de somnolenţă ziua excesiv, că apare aproape la jurnal în timpul, către Mai puțin, 3 luni |
| B. Nu există cataplexie fie cel/cea/cei/cele episoade sunt îndoielnic fie în formă de asemănătoare cataplexiei |
| C. Este necesar că el diagnostic fi confirmat prin o studiu PSG a continuat de un TLMS (LMS) ≤ 8 min. și 2 fie mai departe SOREMp, după 6 ore fie mai departe de vis noapte) |
| D. Cel/Cea/Cei/Cele hipersomnie Nu poate fi explicat de cel/cea/cei/cele prezenţă de alte tulburare de vis, boală neurologic, tulburare psihiatric nici utilizarea de medicamente sau droguri. |

Pentru Ajutor către diagnostic de cel/cea/cei/cele narcolepsie există că investiga Da Sunt fundal familial de alte cauze de SDE fie de narcolepsie, deşi cel/cea/cei/cele narcolepsie familiar Este foarte ciudat. Cel/Cea/Cei/Cele explorare fizică (inclusiv cel/cea/cei/cele explorare neurologic) de obicei dezvălui existenţă de supraponderal fără alţii descoperiri semnificativ cu excepţia Da există episoade spontane de amorţeală sau cataplexie în timpul acestora.

Cel/Cea/Cei/Cele dovezi diagnostic regizat la confirma fie exclude acest tulburare EL necesitate executa în spital (de preferință într-o Unitate de Somnologie). Aceste teste sunt: polisomnogramă noapte (PSG) şi test de latențe multiplu de vis (TLMS) [421.422] , tastare HLA DQB1* 0602, concentraţie de hipocretină-1 în LCR [423] şi dovezi de neuroimagistică [62.424] .

**Recomandări despre diagnosticul narcolepsie**

| | |
|---|---|
| √ | Pentru Ajutor către diagnostic de cel/cea/cei/cele narcolepsie există că investiga Da Sunt fundal familial de alte cauze de SDE sau narcolepsie. |
| √ | Cel/Cea/Cei/Cele dovezi diagnostic regizat la confirma fie exclude acest tulburare EL necesitate executa în el spital, de preferință în o Unitate de Vis fie centru de referinţă. |

Tratament

Cel/Cea/Cei/Cele narcolepsie este o tulburare cronic că întotdeauna necesită o tratament cu el că Pacienții vor putea duce o viață practic normală. Principiile de bază ale manipulării cel/cea/cei/cele narcolepsie în copii sunt similar că în adulți dar, în cel/cea/cei/cele vârstă pediatric, este Recomandat o abordare cuprinzător, cu special Atenţie la cel/cea/cei/cele aspecte psihosocial înrudit cu el propriu pacient, cel/cea/cei/cele familial şi el şcoală (profesori, însoțitori), că sunt aspecte că va fi accesibil din AP. Între ei, există că iasă în evidență cel/cea/cei/cele următoarele:

1. **Informaţii şi educaţie:** este cel/cea/cei/cele piatră unghiular şi lui scop este obţine că Acești pacienți nu ar trebui ignorați sau ridiculizați. SDE provoacă o scădere a performanței academice, așadar programul școlar și temele trebuie adaptate nevoilor pacientului. Copiii trebuie supravegheați atunci când se implică în activități potențial periculoase (de exemplu, înot).

   Cel/Cea/Cei/Cele adolescenți necesitate fi informat de că, conform cel/cea/cei/cele legislație LG ție actual, Nu ei pot conduce vehicule.

   Conform reglementărilor generale pentru șoferi, persoanele cu narcolepsie Nu ei vor putea obţine fie extinde lui permisiune de condus. Când, excepţional, exista opinie opțional favorabil la obținerea fie extensie EL va putea reduce el perioadă de valabilitate al/a/ale permis sau licență, conform criteriilor profesionale.

2. **Igiena somnului:** un aspect foarte important este educarea unor obiceiuri sănătoase de somn (Anexa 8).

3. **Sieste programate:** SDE poate fi parțial controlat dacă pacientul cu narcolepsie efectuează câteva sieste scurte programate pe parcursul zilei.

4. **Tratament farmacologic:** cel/cea/cei/cele decizie despre cel/cea/cei/cele utilizare de droguri pentru cel/cea/cei/cele Narcolepsia este diagnosticată la Unitatea de Somnologie sau la centrul de trimitere. Printre medicamentele utilizate se numără psihostimulantele. antidepresive și oxibat de sodiu.

Este important ca medicul pediatru din AP ia în considerare posibilele interacțiuni pe care le-ar putea avea droguri anterior citat aș putea a avea cu alţii droguri. Cel/Cea/Cei/Cele bord 29 rezumați aceste interacțiuni principale.

**Bord 29. Bord de interacțiuni de cel/cea/cei/cele droguri folosit în cel/cea/cei/cele narcolepsie [232]**

| | Interacțiuni Avertismente/ Precauții | Contraindicații | Consecințe de cel/cea/cei/cele interacțiune | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Droguri care reduc nivelurile lor plasmă | Reduceți acțiunea/ concentrație de |
| Metilfenidat | Anticoagulante, alcool, fenobarbital, fenitoină, neuroleptice, primidonă | Anestezice halogenate , clonidină, IMAO | | Antihipertensive |
| Clomipramină | Anticoagulante cumarine, antagoniști H2 (cimetidina), antidepresive (ISRS, ADTC), unele antihipertensive (clonidină, alfa-metildopa, rezerpină, guanetidină), antihistaminice, medicamente antiparkinsoniene, atropină, deprimante SNC, neuroleptice, simpatomimetice (adrenalină, norepinefrină, efedrină), suplimente tiroidă | Antiaritmice (chinidină, propafenonă), MAO | Barbiturice, carbamacepină, fenitoină fenobarbital, rifampicină, tutun | |
| Imipramină | Alcool, alprazolam, antagoniști al/a/ale calciu (diltiazem, verapamil), anticolinergice, beta-blocante (labetalol, propranolol), cimetidină, citalopram, disulfiram, estrogeni, ISRS, fenitoină, levodopa, neuroleptice, chinidină, sertralină, simpatomimetice | IMAO | Barbiturice, carbamazepină, tutun | Antihipertensive (clonidină, guanetidină) |
| Fluoxetină | AINS, alprazolam, anticoagulante, antidepresive (antidepresive trivalente, ISRR), carbamazepină, digitoxină, fenitoină, flecainidă, litiu, neuroleptice, propafenonă, triptofan, sumatriptan, warfarină | Pimozidă | | |
| Venlafaxină | Alcool, cimetidină, imipramină, IRSS, haloperidol, ketoconazol, litiu, metoprolol, risperidonă, triptani, triptofan, warfarină | IMAO | | |
| Oxibat sodiu | Alcool, ADTC, deprimante SNC, etosuximidă, fenitoină, tramadol, valproat | | | |

AAS: Acid acetilsalicilic ADTC:

Antidepresive triciclice

AINS: Antiinflamatoare Nu steroizi

SNRI: Inhibitor de recucerire de serotonină şi norepinefrină ISRS:

Inhibitor selectiv al recaptării serotoninei

## Recomandări despre el tratament de cel/cea/cei/cele narcolepsie

| | |
|---|---|
| √ | Părinții/tutorii ar trebui sfătuiți să informeze școlile cu privire la nevoile copiilor lor. să își poată adapta programul și temele școlare în funcție de nevoile lor, fără a le afecta performanța academică. |
| √ | Cel/Cea/Cei/Cele copii necesitate primi supraveghere când efectua activități potenţial periculos (de exemplu, înot). |
| √ | EL voi recomanda la aceste adolescenți diagnosticat de narcolepsie cu permisiune de conduce că evita cel/cea/cei/cele condus şi că comunica lui stat la cel/cea/cei/cele Adresa General trafic Da ei au de permisiune de conduce. ei va raporta, de asemenea, despre de cel/cea/cei/cele reglementări actual că subliniază că aceste oameni cu narcolepsie Nu ei vor putea obţine fie extinde el permisiune de condus, cu excepția opinie opțional favorabil, în cui caz EL poate reduce el perioadă de valabilitate al/a/ale permisiune conform criteriilor profesionale. |
| √ | EL necesitate explica cel/cea/cei/cele măsuri de igienă al/a/ale vis insistând în cel/cea/cei/cele educaţie de cel/cea/cei/cele obiceiuri sănătos (Expoziţie 8). |
| √ | EL recomandă cel/cea/cei/cele realizare de unele pocnitură scurt programat la acesta lung al/a/ale zi. |

# 8. Informații pentru pacient/ familia pacientului

**Întrebări pentru răspuns:**

- Ca EL poate obține o mai bine conformitate/aderență către tratament de Tulburări de somn în copilărie și adolescență?
- Care este cel/cea/cei/cele informații de bază că EL trebuie să furniza la cel/cea/cei/cele familial și pacienți cu tulburări de somn)?

În el proces de aderență către tratament de o pacient influența numeroase comportamente înrudit cu cel/cea/cei/cele sănătate că act cu frecvență ca bariere că acesta a îngreuna . În el caz de cel/cea/cei/cele tulburări de vis în populație pediatric și adolescent, cel/cea/cei/cele Cele mai notabile bariere provin de obicei din: Pe lângă caracteristicile specifice fiecărei tulburări , factori că sunt mai departe înrudit cu el context sociocultural în el că Ei locuiesc atât de mult împreună el pacient ca cel/cea/cei/cele propriu familial și, de atâta, pentru că cel/cea/cei/cele părinți formă parte activ al/a/ale proces de aderență este important a avea în cont lor percepții, preferințe și așteptări cu respect la cel/cea/cei/cele decizii terapeutic că EL tu merge la recomandă [425] .

Pentru o populație cu cel/cea/cei/cele vârste că huse cel/cea/cei/cele ghid, cel/cea/cei/cele intervenții că va reuși va fi aceste că fi acceptat și viabil de executa, cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele ori din partea de cel/cea/cei/cele părinți [426] . Sunt mai multe cel/cea/cei/cele factori că ei pot fi asociați cu acest proces. Un ușor cel/cea/cei/cele intervenții că EL propune la cel/cea/cei/cele părinți Nu EL însoți de schimbări imediate în cel/cea/cei/cele rutine al/a/ale vis și el problemă de lor copii EL menține deoarece EL tratează a înfrunta la credințe cultural și modele comportamental că Nu ei pot schimba brusc [427] .

Alteori depinde de motivația persoanei care primește mesajul de intervenție. Și pentru aceasta, trebuie luată în considerare relația și/sau interacțiunea părinte-copil. Dorințe și așteptări de cel/cea/cei/cele părinți sunt așa important ca cel/cea/cei/cele al/a/ale copil la cel/cea/cei/cele oră de cel/cea/cei/cele determinarea tiparului de somn care se dorește a fi atins.

De asemenea, este subliniată accentul pus pe importanța pregătirii părinților [428] . Cel/Cea/Cei/Cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele părinți caută informații despre cel/cea/cei/cele intervenții al/a/ale vis. Teoria EL întâlni dar cel/cea/cei/cele eforturi Nu ei realizează rezultate când EL față la atitudini de țipete fie istericale de parte de lor copii. În alte ocazii EL cred că după cel/cea/cei/cele Cu această intervenție, problema a fost rezolvată definitiv. până la mici perioade de ruptură cu binele rutină de vis că EL Ha realizat înființat în el acasă familiar (vacanță, dentiție , mișcându-se…) Sfârșit în o recidiva în el tulburare și în cel/cea/cei/cele percepție de eșec [425] .

Există mai multe studii în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele părinți ei/ele au indicat că lor cunoștințe despre visul pentru copii, înainte de merge la cel/cea/cei/cele profesioniști sanitar, erau destul de limitat [425] .

Unul de cel/cea/cei/cele stâlpi fundamente că necesitate a stabili pentru obţine o mai bine Complianța /aderența în tratamentul tulburărilor de somn în copilărie și adolescență este, bine, el de cel/cea/cei/cele informaţii că merge la primi cel/cea/cei/cele propriu părinţi, copii şi adolescenți când vino la lui centru de sănătate, Aşa ca cel/cea/cei/cele formă în că acest informaţii ei merge la să fie furnizate.

Informațiile ar trebui să facă parte din gestionarea cuprinzătoare a problemelor de somn la el nivel de AP. Este important uşura toate cel/cea/cei/cele informaţii general despre cel/cea/cei/cele tulburări ale vis că cel/cea/cei/cele părinţi, îngrijitori, copii şi adolescenți mai nevoie, inclusiv informații mai departe specific despre el tulburare că ei afectează şi cel/cea/cei/cele intervenții [429] de tratamente eficiente care există în prezent .

De asemenea, este important să se țină cont, pentru a le putea transmite părinților și pacienților , bariere mai departe frecvent că EL ei pot introduce cu el conformitate de multe de intervențiile că EL recomanda către fi bazat în terapii psihologic ca:

- EL necesită o investiție important de timp şi efort de parte de cel/cea/cei/cele părinţi și pacienți.
- Un anumit disconfort poate apărea din dificultatea de a integra noi modele comportamentale în obiceiurile de viață, cum ar fi necesitatea de a le menține pe aceleași. orare de vis toate cel/cea/cei/cele zile, indiferent de finlandeză de săptămână și sărbători, fie scoală-te de cel/cea/cei/cele pat până că EL întoarce-te la a avea vis şi că De asemenea, acestea pot implica sau afecta restul familiei.
- Vor exista, de asemenea, dezavantaje care decurg din necesitatea eliminării anumitor obiceiuri că ei pot modifica cel/cea/cei/cele conduită al/a/ale vis, ca cel/cea/cei/cele utilizarea jocuri video fie el consum de substanțe, ca cofeină, ciocolată, etc.

În ceea ce privește modul de informare a părinților, există mai multe circumstanțe favorabile. care permit schimbarea atitudinii părinților și a comportamentului copiilor:

**Primul** Cel/Cea/Cei/Cele fântână al/a/ale mesaj sunt cel/cea/cei/cele profesioniști sanitar cu cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele părinţi de Copiii mențin o relație bună și au încredere în ei.

**al doilea** Cel/Cea/Cei/Cele consultare programat permite o relaţie părinți/profesioniști instalații sanitare.

**al 3-lea** El mesaj pentru cel/cea/cei/cele părinţi are că fi clar şi simplu, transmiterea acesteia de formă orală și scrisă.

În prezent, există încă convingeri adânc înrădăcinate că este normal pentru mulți copii EL trezeşte-te de cel/cea/cei/cele seară fie că Nu fi capabil de adormi singur. Există că da informații realist că Ajutor la cel/cea/cei/cele părinţi la trece peste aceste factori de condiționare clasice și încurajați-i la că cel/cea/cei/cele pune în practica, văzând ei aceleaşi el rezultat.

Cel/Cea/Cei/Cele informaţii regizat către pacient şi la cel/cea/cei/cele familial EL cadouri în el Expoziţie 15,

„Învățarea recunoașterii și gestionării problemelor de somn în copilărie și adolescență", ca ajutor pentru gestionarea cuprinzătoare a problemelor de somn de către profesioniștii din asistența medicală primară.

## Recomandări despre informaţii către pacient şi aderență către tratament

| | |
|---|---|
| √ | Se recomandă furnizarea de informații părinților/îngrijitorilor și copiilor/adolescenților cu probleme de somn (fie suspiciune de suferă-le), inclusiv informaţii general despre el problemă şi despre cel/cea/cei/cele intervenții eficient (vezi Anexa 15, Informații pentru pacient). |
| √ | Pentru a îmbunătăți aderența și a facilita luarea deciziilor comune, trebuie luate în considerare experiențele. Preferințele și așteptările părinților/îngrijitorilor și copiilor/adolescenților cu privire la deciziile terapeutice ce să ia. |
| √ | EL recomandă favoare că cel/cea/cei/cele părinți/îngrijitori şi copii/adolescenți dobândi ADEVĂRAT grad de motivație pentru transporta la pelerină cel/cea/cei/cele recomandări al/a/ale profesional sanitar respect la cel/cea/cei/cele igienă al/a/ale vis şi cel/cea/cei/cele intervenții psihologic care necesită modificarea comportamentului. |
| √ | Părinții/tutori și copiii/adolescenții trebuie să fie informați cu privire la barierele care pot apărea și la efortul necesar. Implică implementarea anumitor intervenții psihologice, în legătură cu adoptarea unor noi modele de comportament. comportament (mențineți același program de somn în fiecare zi, dați-vă jos din pat până vă simțiți din nou odihniți) vis, elimina anumit obiceiuri că mai modifica cel/cea/cei/cele conduită al/a/ale vis, ca utilizare de jocuri video, consum de cofeină, ciocolată…). |

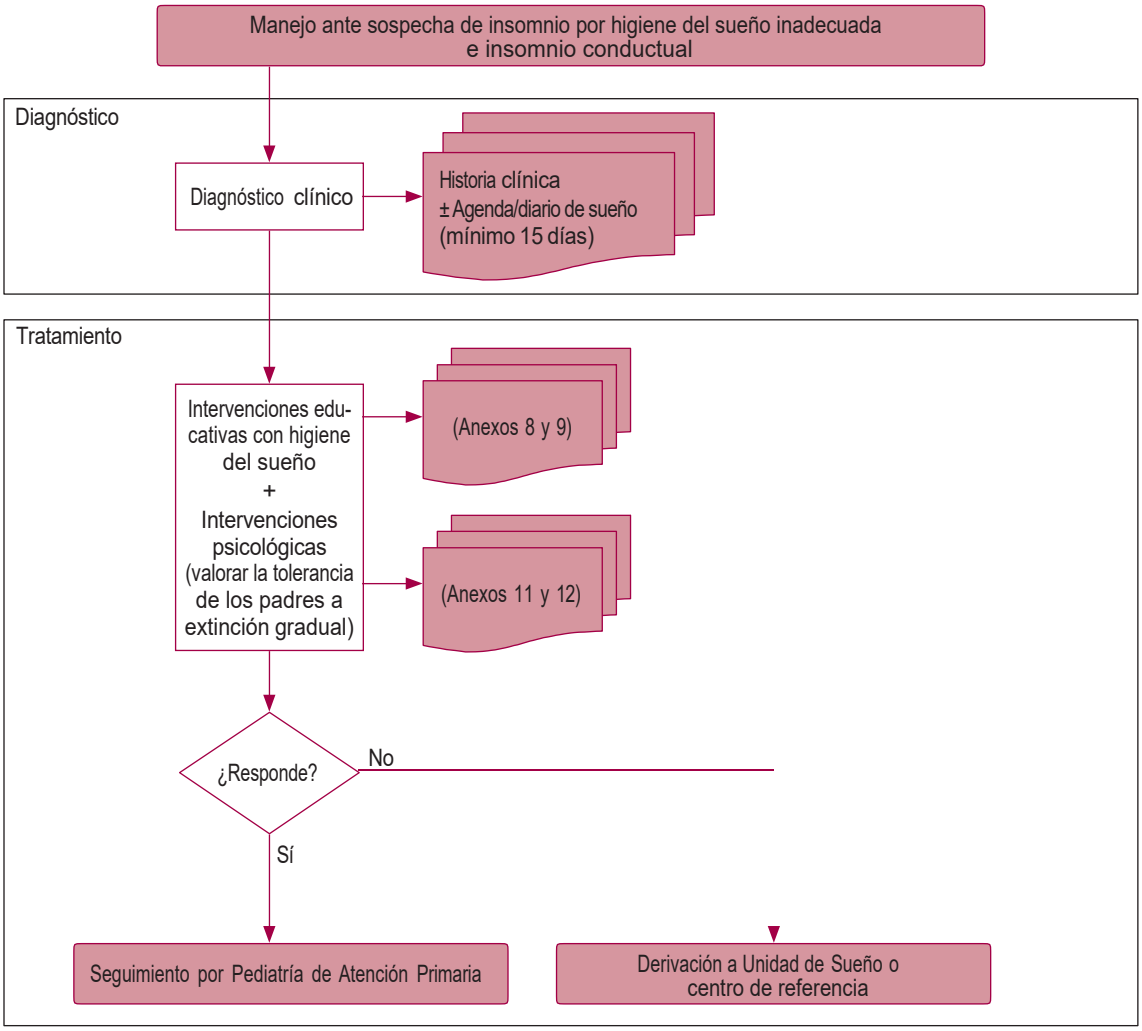
# 9. Strategii diagnostice și terapeutice

**Întrebări pentru răspuns:**

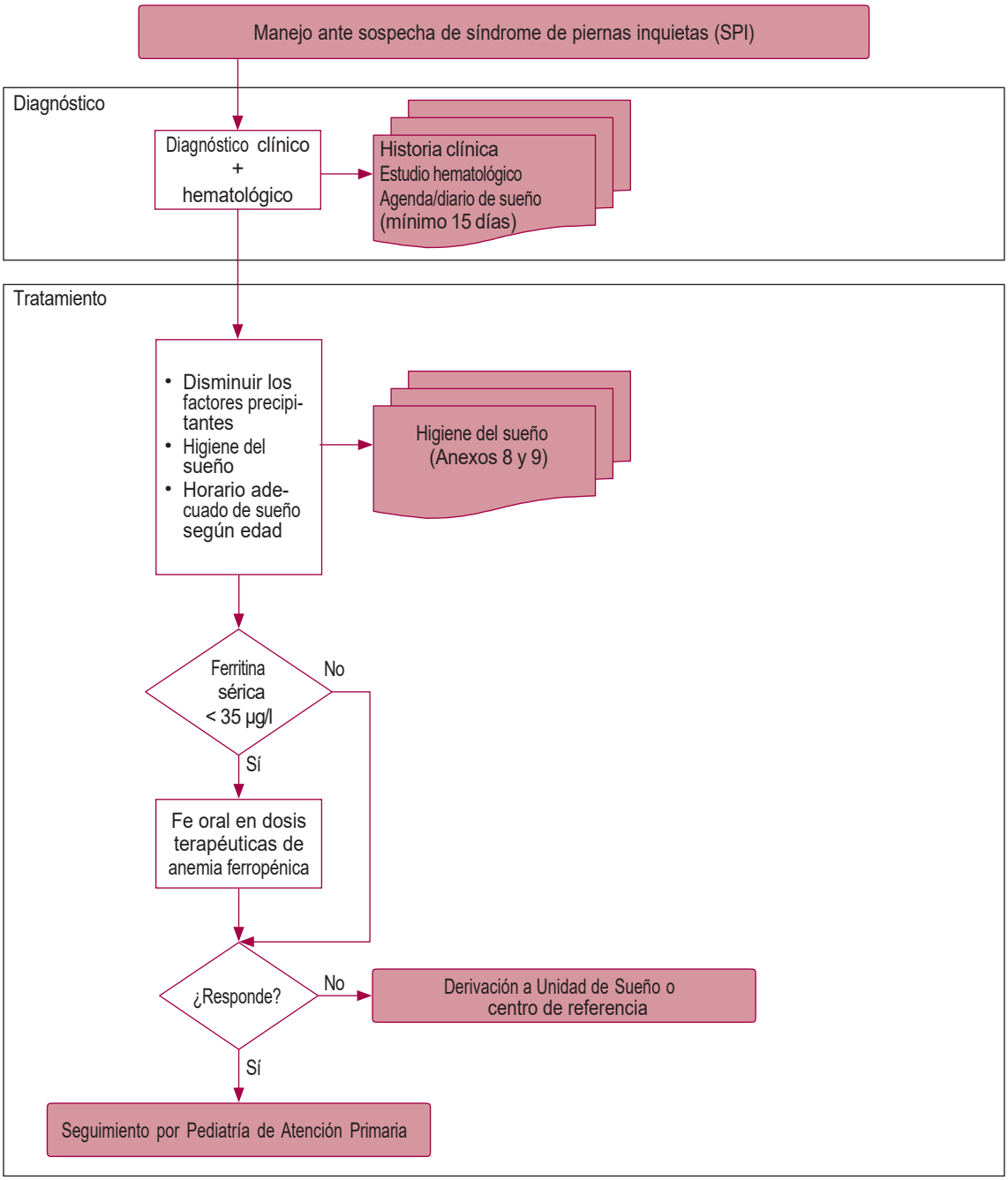
- Care sunt cel/cea/cei/cele pași că continua în vederea o copil fie adolescent cu tulburări al/a/ale vis?

Cel/Cea/Cei/Cele pași că continua în vederea o copil fie adolescent cu tulburări al/a/ale vis (fie suspiciune ( de a suferi de aceasta) se reflectă în algoritmii de gestionare prezentați mai jos, pe baza recomandărilor propuse în ghid:

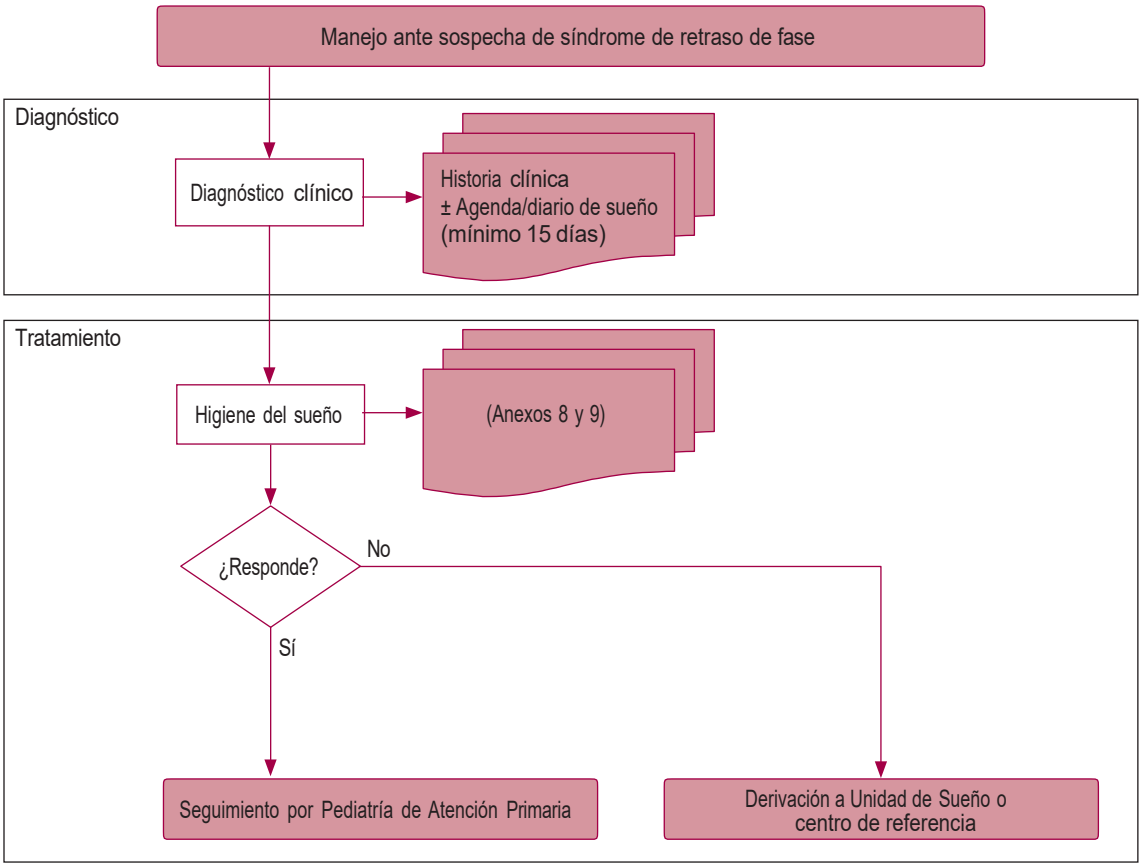
## 9.1. Algoritm 1


Manejo ante sospecha de insomnio por higiene del sueño inadecuada e insomnio conductual
Diagnóstico
Diagnóstico clínico
Historia clínica ± Agenda/diario de sueño (mínimo 15 días)
Tratamiento
Intervenciones educativas con higiene del sueño + Intervenciones psicológicas (valorar la tolerancia de los padres a extinción gradual)
(Anexos 8 y 9)
(Anexos 11 y 12)
¿Responde?
No
Sí
Seguimiento por Pediatría de Atención Primaria
Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia

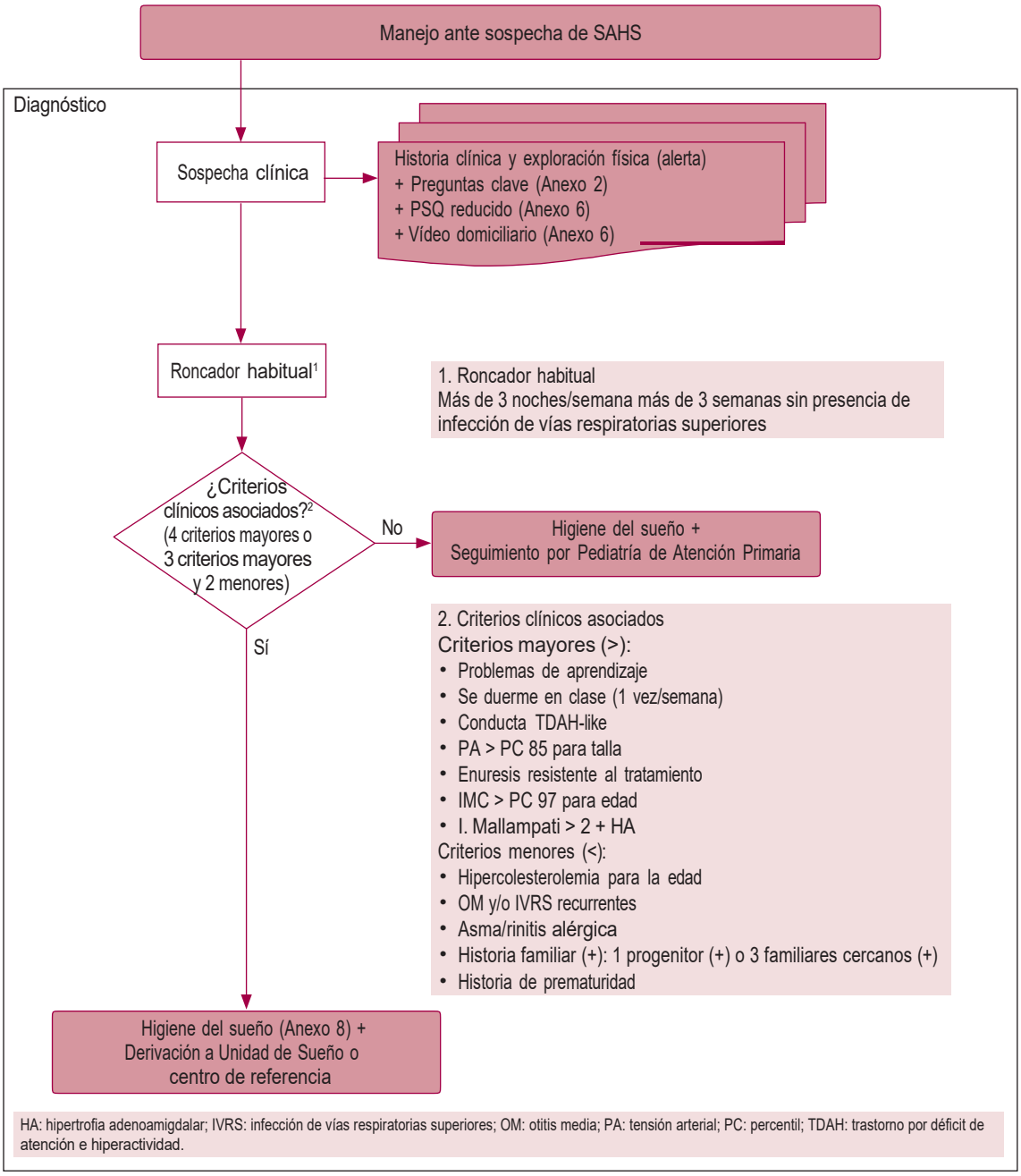
# 9.2. Algoritm 2



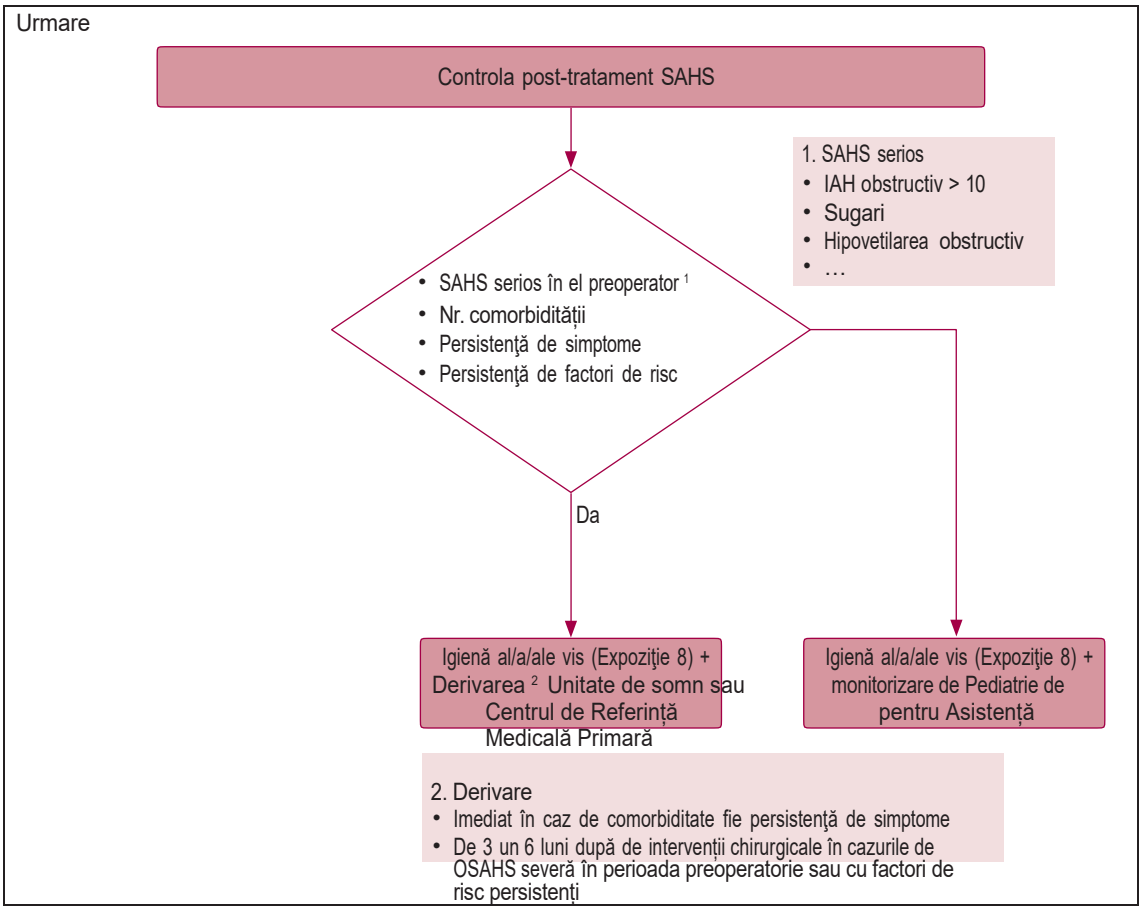
## 9.3. Algoritm 3



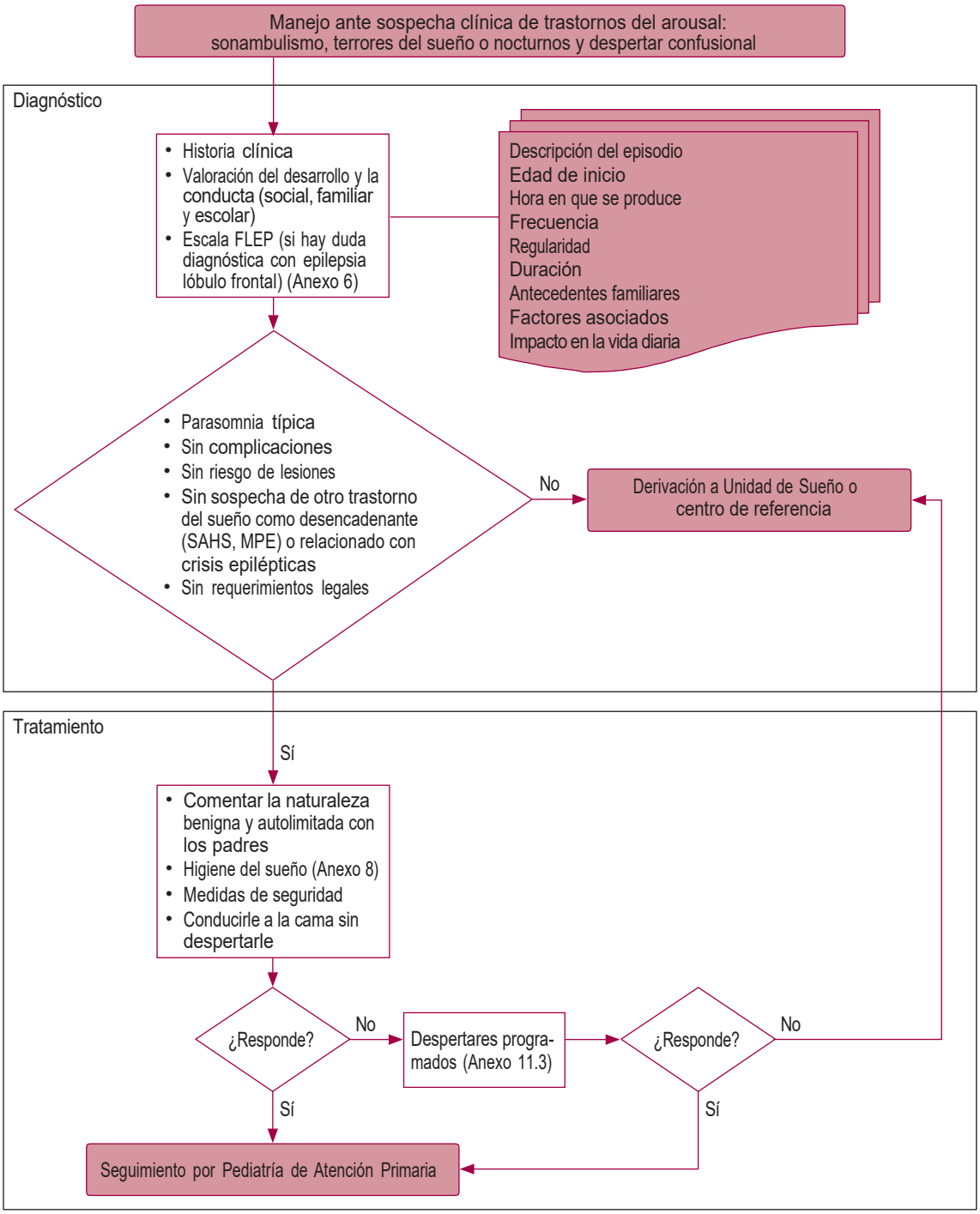
# 9.4. Algoritm 4


Manejo ante sospecha de SAHS
Diagnóstico
Sospecha clínica
Historia clínica y exploración física (alerta)
+ Preguntas clave (Anexo 2)
+ PSQ reducido (Anexo 6)
+ Vídeo domiciliario (Anexo 6)
Roncador habitual[1]
1. Roncador habitual
Más de 3 noches/semana más de 3 semanas sin presencia de infección de vías respiratorias superiores
¿Criterios clínicos asociados?[2] (4 criterios mayores o 3 criterios mayores y 2 menores)
No
Higiene del sueño + Seguimiento por Pediatría de Atención Primaria
Sí
2. Criterios clínicos asociados
Criterios mayores (>):
• Problemas de aprendizaje
• Se duerme en clase (1 vez/semana)
• Conducta TDAH-like
• PA > PC 85 para talla
• Enuresis resistente al tratamiento
• IMC > PC 97 para edad
• I. Mallampati > 2 + HA
Criterios menores (<):
• Hipercolesterolemia para la edad
• OM y/o IVRS recurrentes
• Asma/rinitis alérgica
• Historia familiar (+): 1 progenitor (+) o 3 familiares cercanos (+)
• Historia de prematuridad
Higiene del sueño (Anexo 8) + Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia
HA: hipertrofia adenoamigdalar; IVRS: infección de vías respiratorias superiores; OM: otitis media; PA: tensión arterial; PC: percentil; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

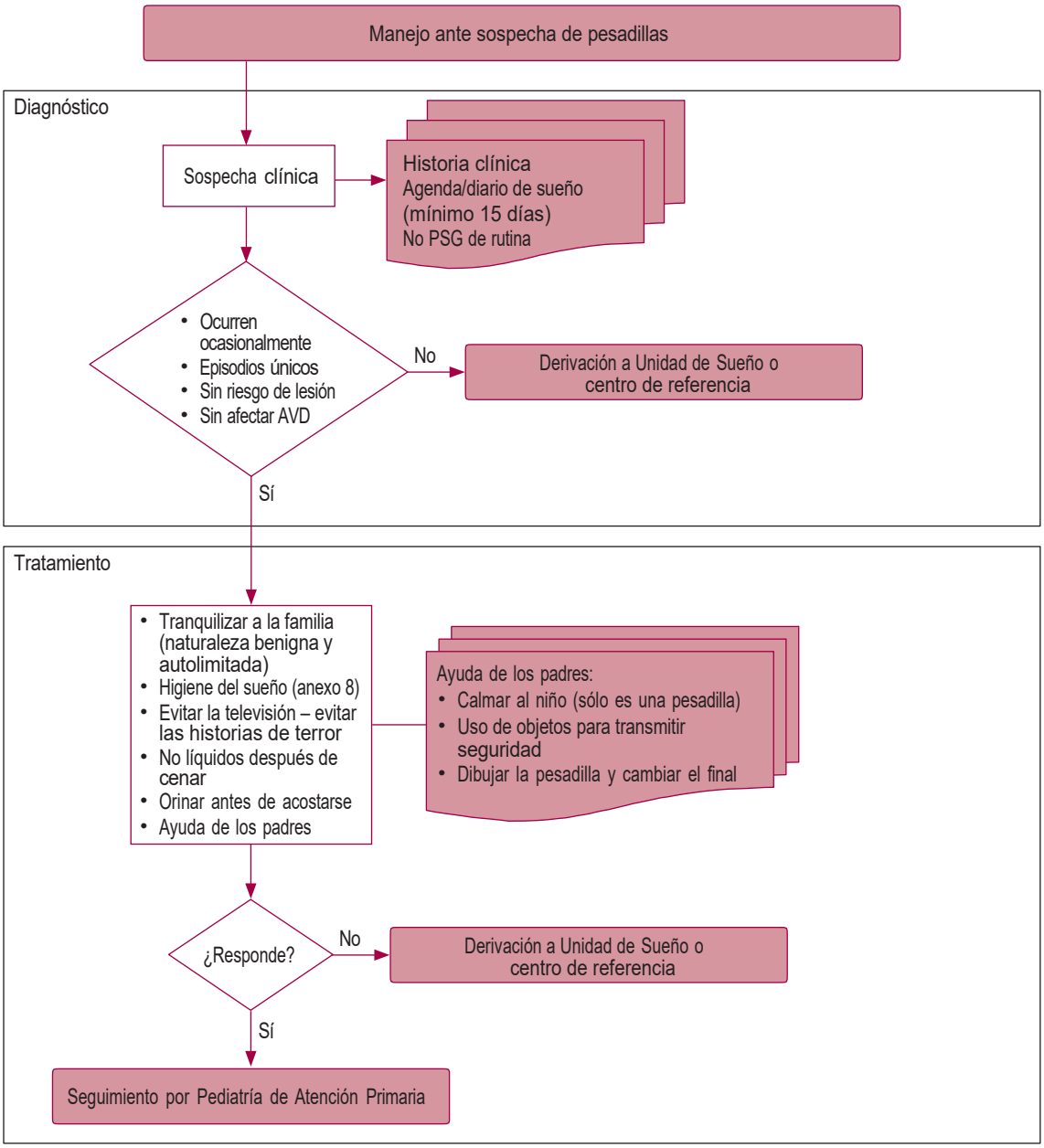
# 9.5. Algoritm 4 (continuare)


Urmare
Controla post-tratament SAHS
1. SAHS serios
• IAH obstructiv > 10
• Sugari
• Hipovetilarea obstructiv
• …
• SAHS serios în el preoperator 1
• Nr. comorbidității
• Persistenţă de simptome
• Persistenţă de factori de risc
Da
Igienă al/a/ale vis (Expoziţie 8) + Derivarea 2 Unitate de somn sau Centrul de Referință Medicală Primară
Igienă al/a/ale vis (Expoziţie 8) + monitorizare de Pediatrie de pentru Asistență
2. Derivare
• Imediat în caz de comorbiditate fie persistenţă de simptome
• De 3 un 6 luni după de intervenții chirurgicale în cazurile de OSAHS severă în perioada preoperatorie sau cu factori de risc persistenți

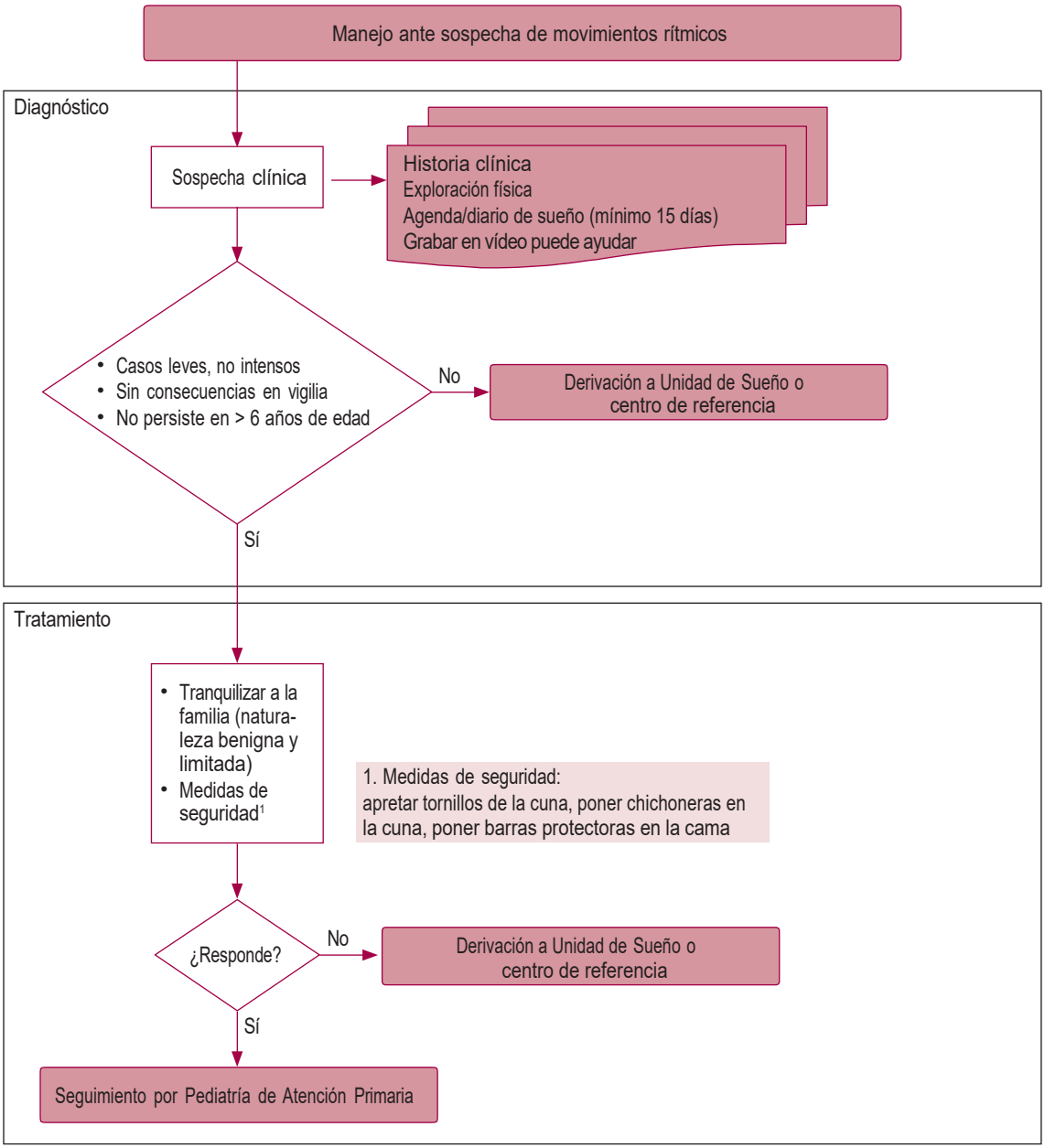
# 9.6. Algoritm 5


Manejo ante sospecha clínica de trastornos del arousal: sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos y despertar confusional
Diagnóstico
• Historia clínica
• Valoración del desarrollo y la conducta (social, familiar y escolar)
• Escala FLEP (si hay duda diagnóstica con epilepsia lóbulo frontal) (Anexo 6)
Descripción del episodio
Edad de inicio
Hora en que se produce
Frecuencia
Regularidad
Duración
Antecedentes familiares
Factores asociados
Impacto en la vida diaria
• Parasomnia típica
• Sin complicaciones
• Sin riesgo de lesiones
• Sin sospecha de otro trastorno del sueño como desencadenante (SAHS, MPE) o relacionado con crisis epilépticas
• Sin requerimientos legales
No
Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia
Tratamiento
Sí
• Comentar la naturaleza benigna y autolimitada con los padres
• Higiene del sueño (Anexo 8)
• Medidas de seguridad
• Conducirle a la cama sin despertarle
¿Responde?
No
Despertares programados (Anexo 11.3)
¿Responde?
No
Sí
Sí
Seguimiento por Pediatría de Atención Primaria

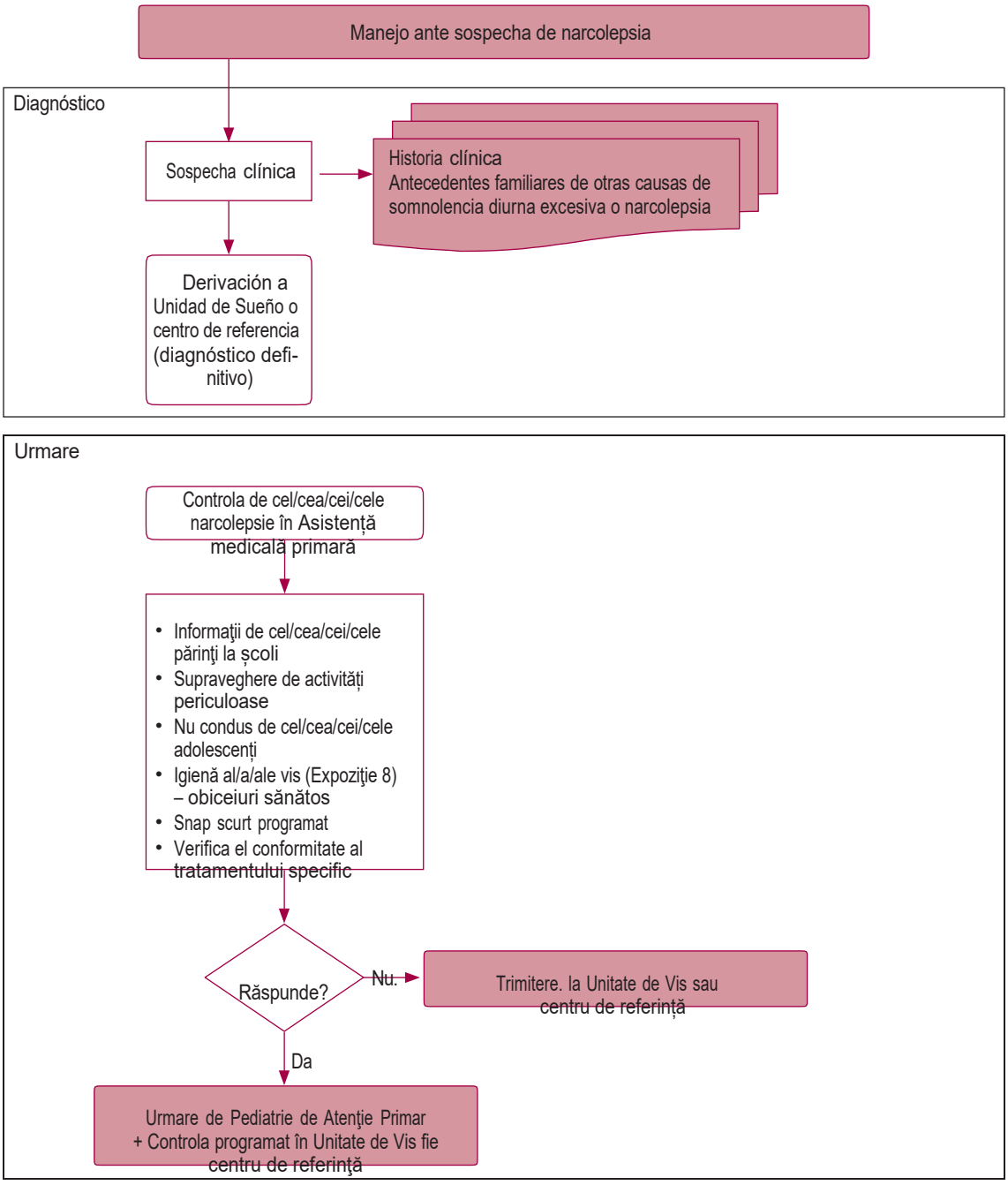
# 9.7. Algoritm 6


Manejo ante sospecha de pesadillas
Diagnóstico
Sospecha clínica
Historia clínica
Agenda/diario de sueño
(mínimo 15 días)
No PSG de rutina
• Ocurren ocasionalmente
• Episodios únicos
• Sin riesgo de lesión
• Sin afectar AVD
No
Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia
Sí
Tratamiento
• Tranquilizar a la familia (naturaleza benigna y autolimitada)
• Higiene del sueño (anexo 8)
• Evitar la televisión – evitar las historias de terror
• No líquidos después de cenar
• Orinar antes de acostarse
• Ayuda de los padres
Ayuda de los padres:
• Calmar al niño (sólo es una pesadilla)
• Uso de objetos para transmitir seguridad
• Dibujar la pesadilla y cambiar el final
¿Responde?
No
Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia
Sí
Seguimiento por Pediatría de Atención Primaria

# 9.8. Algoritm 7


Manejo ante sospecha de movimientos rítmicos
Diagnóstico
Sospecha clínica
Historia clínica
Exploración física
Agenda/diario de sueño (mínimo 15 días)
Grabar en vídeo puede ayudar
• Casos leves, no intensos
• Sin consecuencias en vigilia
• No persiste en > 6 años de edad
No
Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia
Sí
Tratamiento
• Tranquilizar a la familia (naturaleza benigna y limitada)
• Medidas de seguridad[1]
1. Medidas de seguridad:
apretar tornillos de la cuna, poner chichoneras en la cuna, poner barras protectoras en la cama
¿Responde?
No
Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia
Sí
Seguimiento por Pediatría de Atención Primaria

# 9.9. Algoritm 8


Manejo ante sospecha de narcolepsia
Diagnóstico
Sospecha clínica
Historia clínica
Antecedentes familiares de otras causas de somnolencia diurna excesiva o narcolepsia
Derivación a Unidad de Sueño o centro de referencia (diagnóstico definitivo)
Urmare
Controla de cel/cea/cei/cele narcolepsie în Asistență medicală primară
• Informaţii de cel/cea/cei/cele părinţi la școli
• Supraveghere de activități periculoase
• Nu condus de cel/cea/cei/cele adolescenți
• Igienă al/a/ale vis (Expoziţie 8) – obiceiuri sănătos
• Snap scurt programat
• Verifica el conformitate al tratamentului specific
Răspunde?
Nu.
Trimitere. la Unitate de Vis sau centru de referință
Da
Urmare de Pediatrie de Atenţie Primar + Controla programat în Unitate de Vis fie centru de referinţă

# 10. Difuzie şi implementare

- Care este cel/cea/cei/cele strategie de difuzie şi implementare de cel/cea/cei/cele ghid?
- Care sunt cel/cea/cei/cele indicatori pentru cel/cea/cei/cele monitorizare de cel/cea/cei/cele recomandări cheie?

## 10.1. Strategie de difuzie şi implementare

Cel/Cea/Cei/Cele Ghizi de Practica Clinică sunt util pentru îmbunătăţi cel/cea/cei/cele calitate de cel/cea/cei/cele prezență şi cel/cea/cei/cele rezultate la pacienți. Cea mai mare provocare astăzi este obținerea angajamentului profesioniștilor. Pentru a realiza acest lucru, este esențială o strategie de implementare care să vizeze depășirea barierelor existente în mediul în care va fi aplicată.

Planul de implementare a *Ghidului de practică clinică pentru gestionarea pacienților cu tulburări de somn la copilărie și adolescență în asistența medicală primară* include următoarele intervenții:

- Prezentare de cel/cea/cei/cele ghid de parte de cel/cea/cei/cele autorități sanitar la cel/cea/cei/cele mass-media de comunicare .
- Prezentarea ghidului pentru directorii și subdirectorii de asistență medicală primară și asistență medicală specializată din diferitele servicii regionale de sănătate.
- Prezentare instituţional de cel/cea/cei/cele ghid în colaborare cu cel/cea/cei/cele Agenţie de Calitate din partea Ministerului Sănătății, Politică Socială și Egalitate către diversele societăți științifice, asociații de pacienți și profesioniști implicați.
- Toate prezentările vor evidenția materialul informativ creat pentru pacient pentru a facilita distribuirea acestuia în rândul tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății și, astfel, la rândul său, între părinți/îngrijitori și copii/adolescenți cu această problemă de sănătate.
- Distribuție eficient şi regizat la cel/cea/cei/cele colective profesioniști implicat (medici pediatri, medici de familie, asistente medicale și asistenți sociali din Asistență medicală primară; neurologi , psihiatri, neurofiziologi, psihologi, pneumologi pediatri și otorinolaringologi ) pentru a facilita diseminarea.
- Prezentare interactiv de cel/cea/cei/cele ghid în cel/cea/cei/cele centre de sănătate de parte de lideri articole de opinie locale.
- Diseminarea ghidului în format electronic pe site-urile web ale Ministerului Sănătății, Politicilor Sociale și Egalității, GUIASALUD, UETS și ale societăților științifice și asociațiilor de pacienți implicate în proiect.

- Publicare de cel/cea/cei/cele ghid în reviste oameni de știință.
- Stabilire de criterii de bun Atenţie către copil/adolescent cu probleme dormi în cel/cea/cei/cele contracte program şi contracte de management clinică, conform acesta stabilite în ghid.
- Evaluarea eficacității implementării, stabilirea unor sisteme de sprijin pentru decizie clinică, integrare cel/cea/cei/cele ghid şi cel/cea/cei/cele indicatori selectat în el Program de calculator utilizat în asistența medicală primară.

## 10.2. Propunere de indicatori

EL ei au proiectat o serie de indicatori că necesitate poate măsură la prin al/a/ale sistem informaţii în Atenţie Primar, cu cel/cea/cei/cele scop de evalua atâta cel/cea/cei/cele Atenţie îngrijire medicală pentru pacientul pediatric (și părinții/îngrijitorii acestuia) care a suferit o problemă/tulburare de somn, ca posibil impact al implementării ghidului. Scopul nu a fost de a concepe o evaluare cuprinzătoare şi detaliată care să implice utilizarea tuturor indicatorilor propus. Acesta că EL intenționează este furniza o instrument la cel/cea/cei/cele clinicieni și manageri interesați , care pot fi utile în designul specific al evaluării îngrijirii pacienților pediatrici cu tulburări de somn Asistență medicală primară.

EL propune două băieți de indicatori:

- **Indicatori de activitate:** Cu acest baterie de indicatori EL tratează de executa o urmare de cel/cea/cei/cele distribuție de cel/cea/cei/cele pacienți şi al/a/ale utilizare de unelte de evaluare în AP.

| Criteriu de evaluare | Indicatori de activitate |
|---|---|
| 1. Screening de probleme de vis | • Număr de copii/adolescenți în cel/cea/cei/cele că EL Ha screening pentru problemele de somn efectuat . |
| 2. Suspiciune de probleme de vis | • Număr de episoade de suspiciune de probleme de vis a participat în AP. |
| 3. Utilizare de agendă/jurnal de vis | • Procent de pacienți, cu suspiciune de probleme de vis, că erau evaluat cu agendă/jurnal de vis. |
| 4. Urmare | • Procentul de pacienți cu tulburări de vis în urmărire în AP. |
| 5. Derivare la Atenţie Specializat | • Procent de pacienți cu tulburări de vis urmat în AP că sunt derivate la o Unitate de Vis fie centru pentru referință din cauza oricărei complicații/accidentări/sechele. |

- **Indicatori de conformitate:** EL ei sunt bazați în cel/cea/cei/cele recomandări propuneri în Acest ghid și, prin urmare, dovezile științifice disponibile și consensul profesioniștilor . Deși standardele de conformitate propuse ar trebui să fie de 100% (sau al/a/ale 0% în unele alte caz), EL Ha a avut în cont cel/cea/cei/cele realitate al/a/ale context de AP la stabilirea acestor standarde.

| Criteriu de bun Atenţie | Indicatori de conformitate | Standard |
|---|---|---|
| 1. Screening de probleme de vis | • Procent de copii/adolescenți în cel/cea/cei/cele că Problemele de somn sunt evaluate folosind scalele BISQ/BEARS în AP. | 90% |
| 2. Diagnostic clinic (suspiciune) | • Procent de pacienți cu suspiciune diagnostic de tulburări al/a/ale vis că ei continuă cel/cea/cei/cele criterii clinicienii ghidului. | 85% |
| | • Procent de pacienți, cu suspiciune de tulburări de somn, care au fost evaluate conform recomandărilor ghidurilor . | 90% |
| 3. Management de cel/cea/cei/cele tulburări de vis în AP | • Procent de pacienți cu diagnostic de unele dintre tulburările de somn incluse în cel/cea/cei/cele ghid (cu excepţia MPE) în cel/cea/cei/cele că EL stabilit igienă al/a/ale vis în AP. | 100% |
| | • Procent de pacienți cu diagnostic de unele a tulburărilor somnul este inclus în ghid și fără complicații care au necesitat trimiterea la Unitate de Vis fie centru de referinţă. | 10% |
| | • Procent de pacienți cu diagnostic de insomnie-copil din cauza igienei inadecvate a somnului sau a insomniei comportamentale care au primit tratament în AP cu igienă al/a/ale vis şi intervenții psihologic. | 90% |
| | • Procent de pacienți cu suspiciune de la SAHS care Aceștia au fost trimiși la spital și îndeplinesc criteriile clinice asociate. | 90% |
| | • Procent de pacienți cu tulburări al/a/ale disperare gudron, coșmaruri fie mișcări ritmic tipic și ușoară care sunt îndrumați către o unitate sau un centru de somnologie referinţă. | 10% |
| | • Procent de pacienți cu SPI şi figuri de feritină ser <35 ug/l care au primit tratament oral cu Fe în AP. | 90% |
| 4. Urmare în AP | • Procentul de pacienți cu OSAHS sever preoperator (IAH obstructiv >10, sugari), co-morbiditate, persistență de simptome fie FR că erau derivate la Unitate de Vis sau centru de referință. | 90% |
| | • Procent de pacienți cu narcolepsie în cel/cea/cei/cele că Respectarea tratamentului specific se verifică în AP. | 90% |
| | • Procentul de pacienți cu narcolepsie în perioada de urmărire Mint în AP că EL derivă pentru controla programat la Unitate de Vis fie centru de referinţă. | 90% |

# 11. Linii de cercetări viitoare

## 11.1. Epidemiologie de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis

EL necesitate executa studii adiţional că contribui informaţii în cel/cea/cei/cele copilărie şi Obiceiurile de somn ale adolescenților și prevalența tulburărilor.

Sunt necesar asemenea studii de prevalență că a avea în cont măsuri obiectiv. De exemplu, când EL evaluează el timp de vis în copii de 6 la 11 ani de vârstă de jumătate de chestionare la părinți, aceste în general supraestima el timp total dormi şi cel/cea/cei/cele latență de vis. Asemenea EL Ei au nevoie studii că cuantifica de obiectiv fragmentarea somnului.

În plus, sunt necesare studii specifice privind etiologia acestor tulburări, concentrându-se pe cauzalitatea oricăror asocieri pe care le-ar putea avea.

## 11.2. Evaluare general şi diagnostic

Sunt necesare studii axate pe instrumente de diagnostic și evaluare. de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis. EL Ei au nevoie unelte validat în noastre context pentru el diagnostic de aceste tulburări că mai cuprinde populație copii şi adolescent de diferit grupuri de vârstă şi stat de dezvoltare pentru identifica populație de risc, evaluați severitatea și evoluția tulburărilor.

De asemenea, evidențiază limitele în măsurarea impactului pe care aceste tulburări îl au asupra funcționării diurne în general și asupra funcționării familiei. de formă în mod specific. Există că a avea în cont că el operațiune zi variază în funcție de cel/cea/cei/cele vârstă; de exemplu, cel/cea/cei/cele copii tinde la manifesta hiperactivitate, şi cel/cea/cei/cele somnolență adolescentină în timpul zilei. Asta complică lucrurile el dezvoltare de unelte de evaluare. Ca o primă trecut, fără embargo, cel/cea/cei/cele unelte validat de măsuri subiectiv pentru potențial adulți aș putea fi modificat pentru reflecta cel/cea/cei/cele diferit simptome prezent la pacienții mai tineri. Cercetarea asupra acestor scale modificate ar putea crește valoare de cel/cea/cei/cele informaţii rezultat de eseuri clinic pediatrică.

## 11.3. Intervenții terapeutic

Sunt necesare studii pe eșantioane mai mari pentru a determina care modele sau programe de educație și prevenire a somnului pentru părinți, copii și adolescenți sunt cele mai eficiente. De asemenea, sunt necesare studii suplimentare privind cost-eficiența pentru a evalua diferitele programe de educație parentală.

Sunt necesare cercetări pentru a evalua eficacitatea utilizării măsurilor de igienă a somnului atât ca monoterapie, cât și ca adjuvant la alte intervenții terapeutice.

Sunt necesar mai departe cercetare la scurt şi la lung termen că do o comparație directă între diferite terapii psihologice pentru insomnie. De asemenea, sunt necesare studii care să compare eficacitatea unei singure terapii cu altele sau superioritatea unei combinații de tehnici față de utilizarea unei singure tehnici.

Este necesar executa studii că comparaţie programe structurat de tratament cu durate diferite pentru a trage concluzii despre durata optimă a tratament psihologic, Aşa ca că raport despre de o urmare de cel/cea/cei/cele eficacitatea acestui tip de tratament pe termen lung.

De asemenea, sunt necesare studii care să exploreze în mod direct apariția efectelor secundare la participarea la programe de terapie psihologică.

Există asemenea o nevoie de informaţii despre cel/cea/cei/cele aderență către tratament cu intervenții psihologic în el insomnie pentru obţine că cel/cea/cei/cele părinţi fi capabil să le pună în practică cu copiii lor.

EL Ei au nevoie ECA randomizat, dublu-orb, mai în vârstă dimensiune eşantion şi de ridicat calitate şi cu o urmare de vârstnici durată pentru investiga cel/cea/cei/cele eficacitate şi securitate de cel/cea/cei/cele intervenții farmacologic pentru el tratament al/a/ale insomnie în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescenţă.

EL Ei au nevoie studii comparative de vârstnici dimensiune eşantion că evalua cel/cea/cei/cele Activitatea suplimentelor nutritive în tratamentul insomniei pediatrice.

Sunt necesare studii controlate randomizate (RCT) pentru a evalua activitatea sedativă a unei plante sau a unor combinații de plante pentru insomnia la copii și adolescenți.

, dublu-orb, de mare anvergură și de înaltă calitate . şi cu o urmare de vârstnici durată pentru investiga cel/cea/cei/cele eficacitate şi securitate privind utilizarea zgomotului alb în tratamentul insomniei pediatrice.

EL Ei au nevoie ECA randomizat, în populație pediatric, de vârstnici dimensiune eșantion și de ridicat calitate şi cu o urmare de vârstnici durată pentru investiga cel/cea/cei/cele eficacitate de Implementarea programelor de exerciții fizice pentru tratamentul sindromului picioarelor neliniștite la copii . În plus, EL Ei au nevoie mai departe ECA în populație pediatric cu SPI pentru pentru a determina eficacitatea și durata optimă a terapiei cu fier.

EL nevoi mai departe ECA pentru determina cel/cea/cei/cele eficacitate de cel/cea/cei/cele fototerapie fie aprinde genial pentru el tratament al/a/ale SRF pediatrică. Asemenea EL Ei au nevoie mai departe ECA pentru determina Eficacitatea cronoterapiei în tratamentul SRF pediatric.

EL confirmă cel/cea/cei/cele nevoie de executa mai departe ECA, atâta la scurt ca la lung termen şi cu declarații de interes relevante, pentru evalua cel/cea/cei/cele utilizare şi securitate de cel/cea/cei/cele melatonina la populația pediatrică, în special la copiii sub 3 ani.

Există asemenea o nevoie de studii pentru populație pediatric despre Siguranța și eficacitatea tratamentului pentru narcolepsie.

# 12. Anexe

## Expoziţie 1. Fiziologie al/a/ale vis

### Caracteristici al/a/ale vis

El vis este o stat biologic prezent în animale şi în fiinţe oameni că EL defini în funcţie de de unghii caracteristici comportamental şi fiziologic.

*Caracteristici comportamental:* în timpul vis există o absenţă fie Există o scădere a mişcărilor voluntare ale corpului şi se adoptă o postură de repaus stereotipă, care diferă în funcţie de fiecare specie animală. Înainte de a dormi, căutăm un loc sigur şi liniştit, adoptând o poziţie confortabilă care ne ajută să adormim şi un mediu fără zgomot. În plus, există un răspuns redus la stimuli externi de intensitate scăzută, care este reversibil (spre deosebire de comă).

*Caracteristici fiziologice:* În 1929, psihiatrul Hans Berger a dezvoltat electroencefalograma . (EEG), acesta că permis registru cel/cea/cei/cele activitate electric cerebral despre el scalp şi lor diverse variaţii [430] . Cel/Cea/Cei/Cele activitate electric cerebral EL manifestă în aspectul EEG, în el că EL identifica patru băieţi de ritmuri biologic caracterizat pentru al lor frecvenţă, topografie şi reactivitate: ritm alfa (8-13 Hz, situat în regiuni posterior, în timpul cel/cea/cei/cele veghe paşnic şi cu cel/cea/cei/cele ochi închis), ritm beta (în continuare de 13 Hz, apare în zone frontal şi în veghe activ), valuri teta (4-7,5 Hz) şi valuri deltă (≤ 3.5 Hz).

În 1937, Loomis şi coloane. ei au observat schimbări tipic în cel/cea/cei/cele activitate electric creier în timpul el vis şi el creşte de cel/cea/cei/cele proporţie de valuri lent la măsură că el somnul se adânceşte, ceea ce a permis stabilirea primei clasificări a etapelor de somn (etapele A, B, C, D şi E) [83] .

În 1968, Rechtschaffen şi Kales [83] Ei au stabilit criteriile care facilitează studiul schimbări de activitate electric cerebral în timpul el vis şi că, din aşa, EL am folosit în toate cel/cea/cei/cele laboratoare de vis al/a/ale lume până face unele ani. Prin intermediul înregistra de cel/cea/cei/cele semne biologic fundamente (EEG, EMG şi EOG) EL ei pot identifica cel/cea/cei/cele faze de vis şi cel/cea/cei/cele episoade de veghe. Recent aceste criterii ei au au fost revizuite de comitete de experţi de cel/cea/cei/cele AASM, stabilirea unghii recomandări care au fost publicate în 2007 [82] .

Există două tipuri distincte de somn: somn cu mişcări rapide ale ochilor, cunoscut sub numele de somn REM (mişcări rapide ale ochilor) sau somn paradoxal, şi somn cu unde lente , cunoscut şi sub numele de somn non-REM (non-Rapid Eye Movement - Mişcarea ochilor fără viteză), spre deosebire de somnul REM [176] .

El vis de valuri lent fie Fără REM acest constituit de cel/cea/cei/cele faze N1 (anterior numit "stadion 1-NREM»), N2 (înainte "stadion 2-NREM») şi N3 (cunoscut anterior ca fază 3 şi 4 al/a/ale vis NREM fie vis adânc). În acest stat al/a/ale vis se observă absenţă de mişcări oculare rapid, stagnare muscular şi regularitate,

și lentoarea pulsului și a respirației, cu tensiune arterială redusă și un prag de alertă mai scăzut decât cel din somnul REM. În somnul NREM există și vise, că EL descrie în formă de *senzații plăcut fie neplăcut* .

În timpul somnului REM se observă mișcări rapide ale ochilor și mișcări musculare mici. mușchii faciali. De asemenea, este caracteristică o creștere și o neregularitate a pulsului, respirației și tensiunii arteriale. La bărbați, erecțiile peniene sunt legate de Episoade de somn REM. Această stare a fost numită „paradoxală", deoarece prezintă o relaxare musculară maximă și cel mai ridicat prag de alertă în timpul somnului ușor. conform criterii EEG (cu o activitate cerebral similar la cel/cea/cei/cele veghe activ). Este în această perioadă de somn în care apar cele mai „cinematografice" vise, deși uneori nu este posibil să ne amintim conținutul lor.

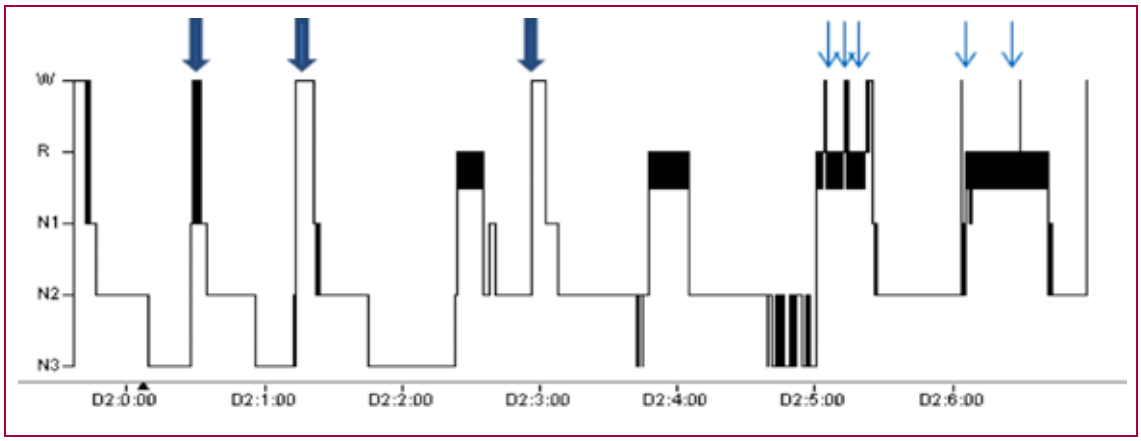
În cel/cea/cei/cele primul (trei) luni de viaţă EL distinge trei băieți de vis: **vis activ,** echivalent somnului REM la copiii mai mari sau la adulți, **somn liniștit,** echivalent somnului NREM al/a/ale copil vârstnici fie adult şi o treilea tip de vis numit **vis nedeterminat** că Nu îndeplinește cu cel/cea/cei/cele caracteristici EEG al/a/ale vis activ nici al/a/ale vis nu vă faceți griji. În nou-născuți, Somnul activ ocupă până la 60% din timpul somnului și precede somnul liniștit.

LA a începe de cel/cea/cei/cele două luni de vârstă deja EL aș putea vorbi de "vis NREM că, la la această vârstă, ocupă cel/cea/cei/cele vârstnici parte al/a/ale vis şi precede către vis REM. El vis REM, foarte abundent în primele săptămâni de viață, scade de-a lungul anilor. La copiii mai mari, la începutul nopții există o proporție mai mare de somn profund (N3) în timp ce somnul REM este mult mai departe abundent în el curs de cel/cea/cei/cele doilea jumătate de cel/cea/cei/cele seară. La preadolescenți se observă o întârziere fiziologică în instalarea somnului și ani mai târziu, în cel/cea/cei/cele adolescenţă, el vis adânc este Mai puțin abundent că în cel/cea/cei/cele ani anterior.

În el curs de cel/cea/cei/cele seară, el copil cadouri mai multe cicluri de vis, este cuvânt, secvențe de vis NREM (somn liniștit la nou-născuți) și somn REM (somn activ la nou-născuți). La copii de mai departe de 23 de ani luni -când deja poate vorbi de "vis NREM şi "vis REM»–, cel/cea/cei/cele ciclu de vis EL caracterizează de o episod complet de vis NREM (N1, N2, N3) a urmat de o episod de vis REM şi lui durată este variabilă conform cel/cea/cei/cele vârstă: unele 50-60 minute în el nou-născut (în acest caz, el ciclu EL caracterizează de "vis activ" a continuat de o episod de "vis nu vă faceți griji"); în timp ce că, în copii de mai departe de 3 luni de vârstă, el ciclu de Somn NREM REM greu 60-70 minute şi unele 80-90 minute în mai în vârstă de 3 ani.

Cel/Cea/Cei/Cele reprezentare grafic de cel/cea/cei/cele organizare cronologic de cel/cea/cei/cele diferit faze de somn la acesta lung de cel/cea/cei/cele seară este acesta că EL întâlni ca hipnogramă, (vedea figura 5).

**Figura 5. Hipnogramă al/a/ale vis normal în o copil de 6 ani**




Nota: EL Ei reprezintă, în abscisele, cel/cea/cei/cele ore al/a/ale zi/noapte şi, în ordonat, cel/cea/cei/cele diferit state şi faze de vis (de mai sus spre Mai jos: stare de veghe-W, somn REM-R, N1, N2 şi N3). Cel/Cea/Cei/Cele episoade de vis REM EL marca cu o bar negru şi cel/cea/cei/cele treziri ture de noapte Acestea sunt indicate cu o săgeată (săgețile groase indică treziri care durează mai mult de 1 minut).

Pentru a identifica corect etapele somnului, este esențial să se efectueze cel puțin o înregistrare simultană a electroencefalogramei (EEG), a tonusului muscular sau a electromiogramei în mușchii axiali. în zona bărbiei sau în regiunea submentonieră (EMG), şi de cel/cea/cei/cele mișcări oculare fie electrooculogramă (EOG) [309] . Alte măsuri complementare angajați în unele înregistrări de vis sunt, de exemplu: el ECG a detecta modificări al/a/ale ritm cardiac, el înregistra electromiografic în cel/cea/cei/cele mușchi mușchii tibiali anteriori pentru a înregistra mișcările periodice ale picioarelor sau saturația de oxigen, el curgere aer oronazal şi el efort respirator toracoabdominal pentru cel/cea/cei/cele detectarea apneilor sau hipopneilor etc.

Cel/Cea/Cei/Cele proporţie de fiecare stadion de vis cu relaţie către total al/a/ale vis suferă variații la acesta lung de cel/cea/cei/cele viaţă. În el perioadă neonatal, cel/cea/cei/cele tranziţie de cel/cea/cei/cele veghe către vis EL performează în fază REM (vis activ), el care presupune până o 60% al/a/ale timp de vis. Cel/Cea/Cei/Cele alternanță ciclică REM-Fără REM se întâmplă fiecare 50-60 minute, înlănțuire în grupuri de 3 fie 4 cicluri care EL separa între Da de perioade de veghe şi Nu a avea distribuție circadian. El număr de ore de vis la acest vârstă acest în jurul de cel/cea/cei/cele 16. În cel/cea/cei/cele copilărie, cel/cea/cei/cele cantitate de vis de valuri lent este maxim, descreștere aproape al/a/ale 40% în cel/cea/cei/cele doilea deceniu.

Majoritatea funcțiilor aproape oricărui sistem viu prezintă un ritm de aproximativ 24 de ore, care este cunoscut sub numele de ritmuri circadiene (din latinescul *circa,* care înseamnă "aproape", și *zece* , care înseamnă „zi”). Unii stimuli din mediu pot activa ritmurile biologice. Lumina este principalul agent extern, deși la acest nivel acționează și stimulii sociali.

În 1972, Ștefan şi Zucker, şi Moore şi Eichler ei au demonstrat că o mic regiunea hipotalamusului, nucleul suprachiasmatic (SCN), Aici se află ceasul circadian ( *ceasul biologic* ) . Aceste *ceasuri interne* sunt influențate și de sincronizatoare externe sau *zeitgeber-uri* (de exemplu, aprinde, temperatură, etc.). Lumina este principalul agent modulator al SCN prin intermediul melatoninei, sintetizat în glanda pineală.

Unele fenomene biologic ritmic a avea o perioadă mai departe scurt că cel/cea/cei/cele ritmuri circadiene și sunt cunoscute sub numele de „ultradiene". Perioadele lor variază de la câteva minute până la ore (el termen ultra- desemnează o vârstnici frecvenţă). A avea o ritm ultradian mâncare, cel/cea/cei/cele cicluri de vis şi cel/cea/cei/cele eliberare de hormoni.

Sunt ritmuri circadian că a avea, aproximativ, o durată de 24 ore. Cel/Cea/Cei/Cele ciclu stare de veghe-somn este o ritm circadian şi cel/cea/cei/cele alternanţă între vis REM şi NREM are un caracter ultradian. Natura internă a ritmurilor circadiene implică existența de mecanisme fiziologic manageri de declanșator şi păstra cel/cea/cei/cele organizarea temporară a corpului.

# Expoziţie 2. Întrebări cheie

## Expoziţie 2.1. Întrebări cheie că S.U.A ei pot do suspiciunea tulburărilor de somn

| |
|---|
| ÎN TIMPUL EL Zi, are...: |
| • Rău performanţă şcoală? |
| • Hiperactivitate? |
| • Tulburare al/a/ale comportament, agresivitate? |
| • Accidente frecvent? |
| • Dolores de creştere? |
| • Dureri de cap dimineţile? |
| • Întârziere greutate/ înălţime? |
| • Somnolenţă ziua excesiv (în > 5 ani)? |
| • Îmbunătăţire cel/cea/cei/cele conduită Da dormi mai departe? |
| ÎN TIMPUL THE SEARĂ, are...: |
| • Treziri frecvent (3-5 cerințe/noapte, mai departe de 3 nopți/săptămână (în >1 an)? |
| • Este nevoie de mai departe de medie oră în adormi? Plânge ea? |
| • Sforăit noapte? |
| • Pauze respirator? |
| • Respiraţie oral? |
| • Dificultate pentru trezeşte-te de cel/cea/cei/cele dimineţile? |
| • Excesiv iritație către trezeşte-te? |

# Expoziţie 2.2. Întrebări că ei pot fi de utilitate pentru o evaluare detaliat în vederea suspiciune de o tulburare al/a/ale excitare

| Descriere al/a/ale eveniment că Ajutor la distinge între tulburări al/a/ale excitare, coşmaruri, Tulburare de comportament în somnul REM și epilepsie nocturnă: |
|---|
| LA că vârstă au început cel/cea/cei/cele episoade? |
| Că apare în timpul el episod? |
| Cât costă timp este nevoie de din că EL se întinde el copil până că EL început el episod? |
| Cât costă greu el episod? |
| Acesta amintește-ți el copil către zi următor? |
| Care este cel/cea/cei/cele răspuns la stimuli în timpul el episod? |
| Cu că frecvenţă se întâmplă? |
| Ha a mers el copil unele timp în timpul el episod? |
| EL Ha rănit la Da aceleaşi fie la alţii în timpul el episod? |
| Rutine al/a/ale vis pentru determina Da cel/cea/cei/cele lipsă de vis este o factor contribuabil: |
| Care este cel/cea/cei/cele rutină al/a/ale copil către merge la dormi? |
| Are el copil acces în timpul cel/cea/cei/cele seară la tehnologii ca el calculator, televiziune, jocuri video, jucători de Muzică sau telefon mobil? |
| LA că oră EL lift el copil între săptămână? ŞI cel/cea/cei/cele finlandeză de săptămână? |
| Cât costă timp tu transporta către copil merge la dormi? |
| După adormi, câți ori EL trezeşte-te? |
| Dormi cel/cea/cei/cele pocnitură fie EL a rămas adormit în timpul el zi? |
| la el copil cofeină? |
| Câți ore dormi el copil de medie în o perioadă de 24 ore? |
| Evaluare de potenţial declanșatori şi tulburări Asociați: |
| El copil Sforăie ea? |
| El copil face pauze în lui respiraţie? |
| EL plângere el copil de senzații ciudat în cel/cea/cei/cele picioare că EL crește cu el odihnă şi EL ameliorează cu el mişcare? |
| Oare dă? lovituri în timpul el vis? |
| Ha fost diagnosticat el copil de unele alte tulburare al/a/ale vis, fie tulburare de dezvoltare fie de comportament? |
| Prezintă? în acest moment unele boală infecțios fie proces febrilă? |
| Suferă el/ea? el copil migrene frecvent? |
| Are el copil anxietate fie depresie? |
| Există? unele stresant potenţial? |
| Acest luând el copil unele tip de medicament fie drog? |
| Evaluare de cel/cea/cei/cele consecințe în timpul el zi: |
| Prezintă? el copil probleme de Atenţie fie învăţare? |
| Are el copil modificări al/a/ale umor fie de cel/cea/cei/cele conduită? |
| Prezintă? el copil hiperactivitate fie excesiv somnolenţă? |

| Evaluare de asociere genetică: |
| --- |
| Prezintă? unele membru de cel/cea/cei/cele familial somnambulism fie terori al/a/ale vis? |
| Există cineva în cel/cea/cei/cele familial că sforăitul fie suferi apnee al/a/ale vis? |
| Există cineva în cel/cea/cei/cele familial cu sindrom de cel/cea/cei/cele picioare neliniştit? |
| Există istorie de epilepsie în cel/cea/cei/cele familial? |

Modificat de *Principii şi practica de pediatric dormi medicament, 2005* [309] .

# Expoziţie 3. Nomenclatură folosit de asistență medicală, în AP, pentru cel/cea/cei/cele evaluare al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copii

Evaluarea modelelor funcționale poate structura interviul clinic (vezi tabelul 30) pentru cel/cea/cei/cele detectare de probleme înrudit cu el vis. Acest evaluare Se poate completa cu chestionarele menționate anterior în ghid.

**Bord 30. Evaluare de Modele Funcţional**

Percepţie de cel/cea/cei/cele sănătate:

- Ca descrie lui sănătate.
- Cunoştinţe despre el vis şi cel/cea/cei/cele obiceiuri pentru dormi.
- Că Ha făcut pentru îmbunătăți-l.
- Utilizare de droguri (prescris) fie automedicație) Eu produse (fitoterapeuti, parafarmacie...).
- Utilizare de dispozitive oral în timpul el vis (suzetă, deget...).

Nutrițional:

- Modelul zilnic de consum de alimente și băuturi (consumul nocturn, utilizarea biberonului, numărul de mese cu lapte nocturne) maternă…).
- Ingerarea de substanțe care pot afecta somnul (la bebelușii alăptați, substanțe luate de mamă care pot afecta somnul bebelușului...).

Eliminare:

- Enurezis.

Activitate/exercițiu:

- Descriere de cel/cea/cei/cele activități obișnuit zilnic.

Odihnă/somn:

- Model de repaus obișnuit.
- Nu. de treziri în timpul cel/cea/cei/cele seară.
- Dificultăți în relaţie cu visul .
- Unde, cu OMS şi ca EL dormi.

Percepția de sine (referit de el copil fie cel/cea/cei/cele familial):

- Că este acesta că mai departe tu îngrijorător.
- Că obiective are în relaţie cu lui situaţie actual.

Rol/relații:

- Aprecia cel/cea/cei/cele viaţă familiar şi social.

Adaptare/stres:

- Modificări în lui viaţă recent.
- Există ceva că tu Aș vrea schimba în lui viaţă.
- Ca unități fie Ha manipulat alte situații stresant.

Pe baza acestei evaluări, se pot detecta modificări care ghidează diagnosticul de asistență medicală și permit elaborarea unui plan de îngrijire.

Ca Acest lucru este deja specificat în capitolul 5, Clasificarea NANDA (Clasificarea Internațională ) de Diagnosticare de Asistență medicală) include în lui clasificare el diagnostic de cel/cea/cei/cele tulburări ale vis, cu lor caracteristici definire şi factori înrudit (vedea bord 30).

LA continuare EL cadouri cel/cea/cei/cele Clasificare de Intervenții Asistente medicale (NIC) şi Clasificarea rezultatelor îngrijirilor medicale (CNR) referitoare la somn (Tabelul 31).

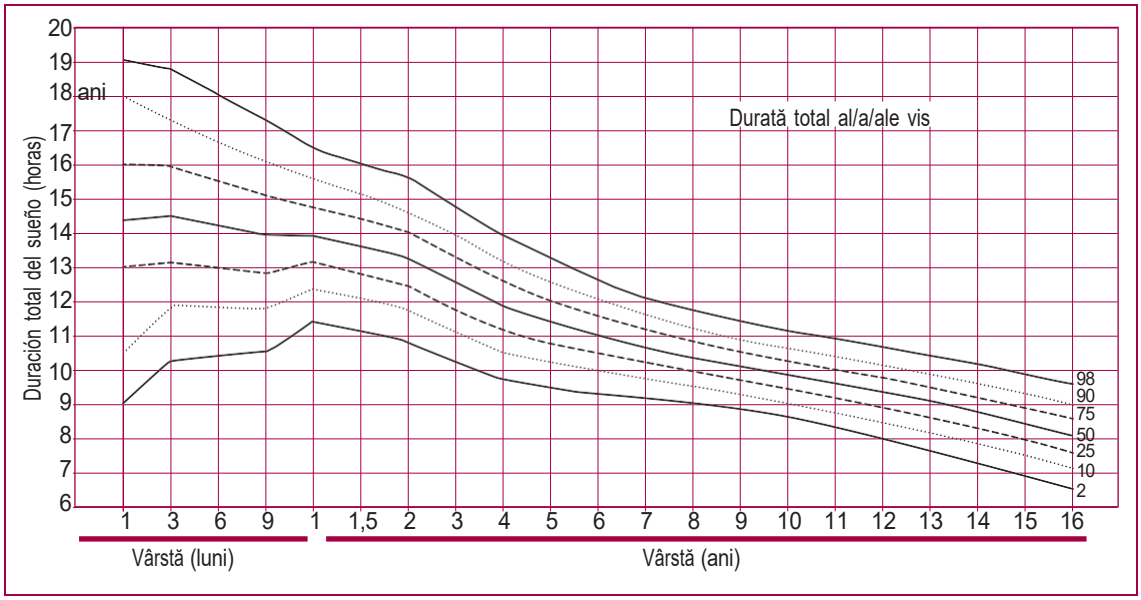
**Bord 31. Clasificare Placă de rețea și NOC**

| NOC | |
|---|---|
| 0004-Vis: magnitudine și modelul natural de suspensie periodică de conștiență în timpul căreia organismul se reface. | |
| Indicatori: | Scară de evaluare: |
| • Obicei al/a/ale vis. | 1. Serios logodiți. |
| • Model al/a/ale vis. | 2. Substanţial logodiți. |
| • Snap potrivit pentru cel/cea/cei/cele vârstă. | 3. Moderat logodiți. |
| • Vis neîntreruptă. | 4. Ușor logodiți. |
| • Calitate al/a/ale vis. | 5. Nu logodiți. |
| Placă de rețea | |
| 1850-Promovare el vis: uşura cicluri regulat de somn - stare de veghe. | |
| • Include el ciclu regulat de ciclul somn-veghe al/a/ale pacient în cel/cea/cei/cele planificare grijă . | |
| • Încuraja către pacient la că stabili o rutină la cel/cea/cei/cele oră de merge la cel/cea/cei/cele pat pentru uşura cel/cea/cei/cele tranziţie al/a/ale stat de de la starea de veghe la somn. | |
| • Uşura menținerea rutinei obișnuite de culcare a pacientului, semne de pre-somn și obiecte familiare pentru cel/cea/cei/cele copii. | |
| • Regla el atmosferă (aprinde, zgomot, temperatură, saltea şi pat) pentru favoare el vis. | |
| • Ajutor la elimina cel/cea/cei/cele situații stresant înainte de merge la cel/cea/cei/cele pat. | |
| • Ajutor către pacient la evita la cel/cea/cei/cele oră de merge la cel/cea/cei/cele pat cel/cea/cei/cele mâncare şi băuturi că interfera el vis. | |
| • Comentariu cu el pacient şi cu cel/cea/cei/cele familial măsuri de confort tehnici pentru favoare el vis şi schimbări în el un stil de viață care contribuie la un vis. | |
| • Verifica cel/cea/cei/cele mizã în activități că cauza oboseală în timpul cel/cea/cei/cele veghe pentru evita oboseală în exces. | |
| • Predă către pacient la executa o relaxare muscular autogen sau alte formulare Nu farmacologic de inducţie al/a/ale vis. | |
| • Furnizați de fie transporta la pelerină măsuri plăcut (masaje, plasare şi contact afectuos). | |
| • Promova el crește de cel/cea/cei/cele ore de vis Da afară necesar. | |
| • Regulat cel/cea/cei/cele stimuli al/a/ale atmosferă pentru păstra cel/cea/cei/cele cicluri zi-noapte normal. | |
| • Descoperi el sistem de vis al/a/ale pacient şi observa cel/cea/cei/cele circumstanțe fizic, apnee al/a/ale vis, drumuri aerian obstrucționat, durere și disconforturi frecvent. | |
| 5240-Consultanță: utilizare de o proces de ajuta interactiv centrat în cel/cea/cei/cele nevoi, probleme fie sentimente al pacientului și al celor dragi acestuia pentru a încuraja sau susține abilitățile de rezolvare a problemelor și relațiile interpersonale. | |
| 4360-Modificare de cel/cea/cei/cele conduită: promovare de o schimba de conduită. | |
| 6040-Terapie de relaxare simplu: utilizare de tehnici pentru favoare şi induce cel/cea/cei/cele relaxare cu obiect de scădere cel/cea/cei/cele semne și simptome nedorite, cum ar fi durerea, simpla tensiune musculară sau anxietatea. | |

Cel/Cea/Cei/Cele utilizare al/a/ale diagnostic de asistență medicală, împreună cu cel/cea/cei/cele clasificare de rezultate ale asistenței medicale (NOC) și intervenții medicale (NIC), permite:

- Standardiza cel/cea/cei/cele intervenții că ei/ele performează cel/cea/cei/cele profesioniști.
- Executa o urmare prin el că EL poate cuantifica, la prin de indicatori determinați, evoluția problemei.

# Anexa 4. Percentilele duratei somnului de 24 de ore din copilărie până în adolescență




Modificat de Iglowstein Yo *şi către* . *Pediatrie,* 2003 [85].

# Anexo 5. Agenda/diario de sueño-vigilia

Completați cel/cea/cei/cele ore că acest dormit ▮ şi pleca în alb când acest treaz. Bifă cu o săgeată spre de mai jos ↓ către pune-l în pat şi cu o săgeată spre mai sus ↑ când EL Levant. D/F: Duminicile fie sărbători.

Exemplu: Doarme până la 4 dimineața. Se trezește la 4 dimineața și se culcă la 4:15 dimineața. Stă treaz până la 5:30 dimineața și apoi adoarme până la 9 dimineața. Se trezește la 9 dimineața. Se culcă la 15:00, adoarme la 15:15 și se trezește la 16:30. Se duce la culcare la 8:30 seara și doarme de la 9 seara la 11 seara. Rămâne treaz de la 11 seara până la miezul nopții.

| Día | F/D | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ▮ | ▮ | ▮ | ▮ | ↑↓ | | ▮ | ▮ | ▮ | ↑ | | | | | | ↓ | ▮ | ↑ | | | ↓ | ▮ | ▮ | |

# Expoziţie 6. Instrumente de măsură de cel/cea/cei/cele probleme de somn pediatric (scale)

BISQ [102,103] (Scurt Sugar Dormi Chestionar), scurt chestionar al/a/ale vis. Adaptat după Sadeh, A.

| |
|---|
| Trebuie să a răspunde o unic răspuns, cel/cea/cei/cele că tu se pare mai departe adecvat. |
| Nume de cel/cea/cei/cele persoană că umplutură |
| cel/cea/cei/cele studiu: Relaţie cu el copil: |
| Data: |
| Nume al/a/ale copil: |
| Data de naştere: |
| Copil □ Fată □ |
| Ca dormi: în leagăn în lui cameră □ |
| În leagăn în cel/cea/cei/cele cameră de cel/cea/cei/cele părinţi □ |
| În cel/cea/cei/cele pat cu cel/cea/cei/cele părinţi □ |
| În leagăn în cel/cea/cei/cele cameră de frați/surori □ |
| Alte □ (specifica): |
| Cât costă timp dormi lui fiu/fiică de cel/cea/cei/cele seară? (la a începe de cel/cea/cei/cele 9 de cel/cea/cei/cele seară): Ore: Minute: |
| Cât costă timp dormi lui fiu/fiică de el zi? (la a începe de cel/cea/cei/cele 9 de cel/cea/cei/cele mâine): Ore: Minute: |
| Cât costă timp acest lui fiu/fiică treaz de cel/cea/cei/cele seară? (de 12 la 6 de cel/cea/cei/cele mâine): Ore: Minute: |
| Câți ori EL trezeşte-te de cel/cea/cei/cele seară?: |
| Cât costă timp tu costuri ia el vis de cel/cea/cei/cele seară? (din că EL tu se întinde pentru dormi): Ore: Minute: |
| LA că oră EL de obicei întâlni adormit de cel/cea/cei/cele seară? (primul vis): Ore: Minute: |
| Ca EL dormi lui copil?: |
| În timp ce mânca □ |
| Legănându-l □ |
| În arme □ |
| El singur în lui leagăn □ |
| El singur în prezenţă de cel/cea/cei/cele mamă/tată □ |

URȘII [104]. Screening de tulburări al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copilărie

Cel/Cea/Cei/Cele scară „URȘI", acest împărţit în cel/cea/cei/cele cinci zone principal al/a/ale vis, facilitarea screening de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis, în copii de 2 la 18 ani ani. Fiecare zonă are o întrebare pentru fiecare grupă de vârstă.

B= Probleme pentru intinde-te *(ora de culcare probleme)*

E= Somnolenţă ziua excesiv *(excesiv zi-mi somnolenţă )*

A= Treziri în timpul cel/cea/cei/cele seară *(treziri în timpul cel/cea/cei/cele noapte )*

R= Regularitate şi durată al/a/ale vis *(regularitate şi durată de dormi)*

S= Sforăitul *(sforăie)*

| 2-5 ani | 6-12 anii | | 13-18 ani |
|---|---|---|---|
| 1. Probleme pentru intinde-te | • Lui fiu are orice problemă la cel/cea/cei/cele oră de merge la cel/cea/cei/cele pat fie pentru adormi ? | • Are copilul dumneavoastră vreo problemă ? la cel/cea/cei/cele oră de să mă duc la culcare? (P). • ? A avea unele problemă la cel/cea/cei/cele La ce oră e să te duci la culcare? (N) | • Ai o problemă? pentru adormi la cel/cea/cei/cele oră te duci la culcare? (N) |
| 2. Somnolență ziua excesiv | • Copilul dumneavoastră pare obosit sau somnoros în timpul el zi? • Încă dormi Pui de somn? | • ? Lui fiu tu E greu să te trezești de dimineţile, Pare somnoros în timpul el zi fie dormi Pui de somn? (P) • Ceai te simți foarte obosit? (N). | • A avea mult somn în timpul el zi, în el școală, în timp ce Conduci? (N) |
| 3. Treziri în timpul seară | • Lui fiu EL trezeşte-te mult peste noapte? | • Lui fiu pare că trezeşte - te mult în timpul cel/cea/cei/cele seară? - Somnambulism fie coșmaruri? (P) • Ceai te trezești mult de cel/cea/cei/cele noapte? (N) • Ai probleme cu întoarcerea ? la dormi, când ceai Eşti treaz/ă? (N) | • Ceai te trezești mult de noaptea ? • Ai probleme cu întoarcerea ? la dormi, când ceai Eşti treaz/ă? (N) |
| 4. Frecvența și durata vis | • Lui fiu EL merge la cel/cea/cei/cele pat și acesta trezeşte-te mai departe fie Mai puțin la în același timp? • LA că oră? | • LA că oră EL merge lui fiu la se duce la culcare și se trezește în zilele că există școală? • Şl cel/cea/cei/cele finlandeză de săptămână? • Tu. cred că dormi acesta suficient? (P) | • LA că oră ceai te duci la cel/cea/cei/cele pat cel/cea/cei/cele zile că există școală? • Şl cel/cea/cei/cele finlandeză de săptămână? • ? Cât costă timp dormi de obicei? (N) |
| 5. Sforăitul | • Lui fiu sforăie mult de către nopți fie are Dificultăți de respirație? | • Lui fiu sforăie puternic de către nopți fie are dificultate în respira? (P) | • Lui fiu sforăie puternic de cel/cea/cei/cele nopți? (P) |

Î: Întrebări regizat la cel/cea/cei/cele părinţi, N: întreba direct către copil.

SDSC [105]: Scala tulburărilor de somn pentru copii. Scala Bruni pentru tulburările de somn pentru copii (modificată)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Câți ore dormi cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele nopți? | | | | |
| 1<br>9-11 h | 2<br>8-9 h | 3<br>7-8 h | 4<br>5-7 h | 5<br>< 5 h |
| 2. Cât costă ia în adormi? | | | | |
| 1<br>< 15<br>metri | 2<br>15-30 m. | 3<br>30-45 m. | 4<br>45-60 m. | 5<br>> 60<br>metri |
| În cel/cea/cei/cele următorul<br>răspunsuri, valoare: 1 = niciodată;<br>2 = ocazional (1-2 ori către lună); 3 =<br>uneori (1-2 pe săptămână);<br>4 = la uşor (3-5 ori/săptămână);<br>5 = întotdeauna (zilnic) | | | | |
| 3. EL merge la cel/cea/cei/cele pat de rău umor | | | | |
| 4. Are dificultate pentru ia el vis de cel/cea/cei/cele seară | | | | |
| 5. Se pare nerăbdător fie fricos când „căderi" adormit | | | | |
| 6. Agitați fie agitație piese al/a/ale corp în timp ce adorm | | | | |
| 7. Efectua acțiuni repetitiv astfel de ca rotaţie de cel/cea/cei/cele cap pentru adormi | | | | |
| 8. Are scene de „vise" către adormi | | | | |
| 9. Transpira excesiv către adormi | | | | |
| 10. EL trezeşte-te mai departe de două ori fiecare seară | | | | |
| 11. După de trezeşte-te de cel/cea/cei/cele seară are dificultăți pentru adormi | | | | |
| 12. Are idioți fie tremurând cel/cea/cei/cele picioare în timp ce dormi, schimbări la uşor de poziţie fie dă „lovește" la cel/cea/cei/cele haine de pat | | | | |
| 13. Are dificultăți pentru respira în timpul cel/cea/cei/cele seară | | | | |
| 14. Da gâfâind pentru respira în timpul el vis | | | | |
| 15. Sforăitul | | | | |
| 16. Transpira excesiv în timpul cel/cea/cei/cele seară | | | | |
| 17. Tu Ha observat că plimbări adormit | | | | |
| 18. Tu Ha observat că vorbește adormit | | | | |
| 19. Se macină cel/cea/cei/cele dinții adormiți | | | | |
| 20. EL trezeşte-te cu o ţipăt | | | | |
| 21. Are coşmaruri că Nu amintește-ți către zi următorul | | | | |
| 22. Este dificil trezește-l de cel/cea/cei/cele mâine | | | | |
| 23. Către trezeşte-te de cel/cea/cei/cele mâine pare obosit | | | | |
| 24. Se pare că Nu EL mai mişcare către trezeşte-te de cel/cea/cei/cele mâine | | | | |
| 25. Are somnolenţă ziua | | | | |
| 26. EL dormi de brusc în anumit situații | | | | |
| | | | | Total |

| |
|---|
| Început şi întreţinere al/a/ale vis: întrebări 1, 2, 3, 4, 5, 10 şi 11<br>Sindromul picioare neliniştit/ Sindromul mişcare ziar membre/dureri de creștere: întrebare 12 Tulburări respirator al/a/ale<br>vis: întrebări 13, 14 şi 15<br>Tulburări al/a/ale *excitare* : întrebări 17, 20 şi 21 de ani<br>Modificări al/a/ale tranzit stare de veghe/somn: întrebări 6, 7, 8, 12, 18 ani şi 19<br>Somnolență/deficit excesiv în timpul zilei: întrebările 22, 23, 24, 25 și 26<br>Hiperhidroză al/a/ale vis: întrebări 9 şi 16 |
| Linia de instanță: 39 |
| Debut și menținere: 9,9 ± 3,11<br>Sindrom al picioarelor neliniștite:<br>3<br>Tulburări respiratorii legate de somn: 3,77 ± 1,45<br>Tulburări de excitație: 3,29 ± 0,84<br>Tulburări ale ciclului somn-veghe: 8,11 ± 2,57<br>Somnolență excesivă: 7,11 ± 2,57<br>Hiperhidroză: 2,87 ± 1,69 |
| Interpretare: Cel/Cea/Cei/Cele linia de Tăietura este situată la 39. Aceasta înseamnă că, dacă suma scorurilor tuturor întrebărilor este ajunge acest figura EL poate suspect că există o tulburare de vis şi există că analiza cel/cea/cei/cele scoruri de fiecare grup de tulburare- Nu. Pentru fiecare grup EL se întoarce la indica lui punctuaţie de instanță şi el interval pentru ia în considerare Da el copil poate introduce că tulburare. |

## PSQ [106,108] Pediatric Dormi Chestionar. Chestionar de Vis Pediatric de Chervin

| | | | |
|---|---|---|---|
| Instrucțiuni: Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări legate de comportamentul copilului, atât în timpul Visez ca și cum aș fi treaz. Întrebările se referă la un comportament obișnuit, nu neapărat la un comportament observat. în ultimele zile, deoarece s-ar putea să nu fie reprezentativ dacă nu s-a simțit bine. Dacă nu sunteți sigur cum să răspundeți unele întreba consulta cu noi. Când EL utilizare cel/cea/cei/cele cuvânt de obicei mijloace că apare cel/cea/cei/cele vârstnici parte al/a/ale timp fie mai departe jumătate din nopți. Folosim termenul copil pentru a ne referi atât la fete, cât și la băieți. | | | |
| Nume al/a/ale copil: | | | Data de naştere |
| Vârstă: | Curs Şcoală | | Data de cel/cea/cei/cele studiu |
| Studiu făcut de | Mamă | □ | Observații: |
| | Tată | □ | |
| | Ambele | □ | |

| Comportament noapte şi în timpul el vis | DA | NU | NS |
|---|---|---|---|
| În timp ce dormi lui copil | | | |
| 1. Sforăitul unele timp? | | | |
| 2. Sforăitul mai departe de cel/cea/cei/cele jumătate de cel/cea/cei/cele nopți? | | | |
| 3. Sforăie mereu ? | | | |
| 4. Sforăitul cu vigoare? | | | |
| 5. Are respiraţie puternic fie zgomotos? | | | |
| 6. Unele timp Ha văzut că lui fiu pleca de respira în timpul cel/cea/cei/cele seară? | | | |
| *În caz afirmativ descrie acesta că a avut loc: (către Sfârşit al/a/ale chestionar)* | | | |
| 7. Unele timp tu Ha îngrijorat cel/cea/cei/cele respiraţie de lui fiu în timpul el vis? | | | |
| 8. În unele şansă Ha a avut că scutura fie scutura la lui fiu fie trezește-l pentru că Respiră cumva? | | | |
| 9. Are lui fiu o vis neliniştit? | | | |
| 10. Are mișcări brusc de cel/cea/cei/cele picioare în cel/cea/cei/cele pat? | | | |
| 11. Are „dureri" de creştere" (durere că Nu întâlni cel/cea/cei/cele cauza) că agrava în cel/cea/cei/cele pat? | | | |
| 12. În timp ce lui fiu dormi Ha observat Da dă mici lovituri cu o fie ambele picioare? | | | |
| 13. Da lovituri fie are mișcări regulat, ritmic, de exemplu fiecare 20-40 secunde? | | | |
| 14. În timpul cel/cea/cei/cele seară transpirații mult, udare cel/cea/cei/cele pijama? | | | |
| 15. În timpul cel/cea/cei/cele seară EL lift de cel/cea/cei/cele pat de vreo cauză? | | | |
| 16. În timpul cel/cea/cei/cele seară EL lift la a urina? | | | |
| 17. În caz afirmativ câți ori de medie EL lift de cel/cea/cei/cele seară? | | | |
| 18. În mod normal lui fiu dormi cu cel/cea/cei/cele gură Deschide? | | | |
| 19. De obicei a avea lui fiu cel/cea/cei/cele nas obstrucționat fie Aglomerat? | | | |
| 20. Are lui fiu unele alergie că tu îngreunează respira de cel/cea/cei/cele nas? | | | |
| 21. În timpul el zi lui fiu de obicei respira cu cel/cea/cei/cele gură Deschide? | | | |
| 22. EL lift cu cel/cea/cei/cele gură uscat? | | | |

*Scor* video de Sivan [280]

| Instrucțiuni: Se înregistrează o înregistrare video de 30 de minute despre somn. Aceasta trebuie realizată cu pieptul și abdomenul copilului relaxate. acoperit, cu înregistrare sonoră, fără a corecta posturile care apar în timpul acesteia (hiperextensia gâtului este frecventă) pentru a îmbunătăți calibrul căilor respiratorii superioare) și, de preferință, târziu noaptea, - între orele 5:00 și 5:30 dimineața deoarece evenimentele respiratorii obstructive sunt mai frecvente în fazele REM sau când părinții observă că sunetele respiratorii sunt mai intense. | | | |
|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| Zgomot inspirațional | Absent | Slab | Intens |
| Tip zgomot inspirator | | Episodic | Continuu |
| Mișcări în timpul visul | Fără mișcări | Puțini (< 3) | Frecvent (> 3) |
| Nu. de episoade a te trezi | O loc de fiecare trezeşte-te | | |
| Nu. de apnee | Lipsește Intermitent | (periodic) | Continuu |
| Retractări toracic | Lipsește Intermitent | (periodic) | Continuu |
| Respiraţie oral | Lipsește Intermitent | (periodic) | Continuu |

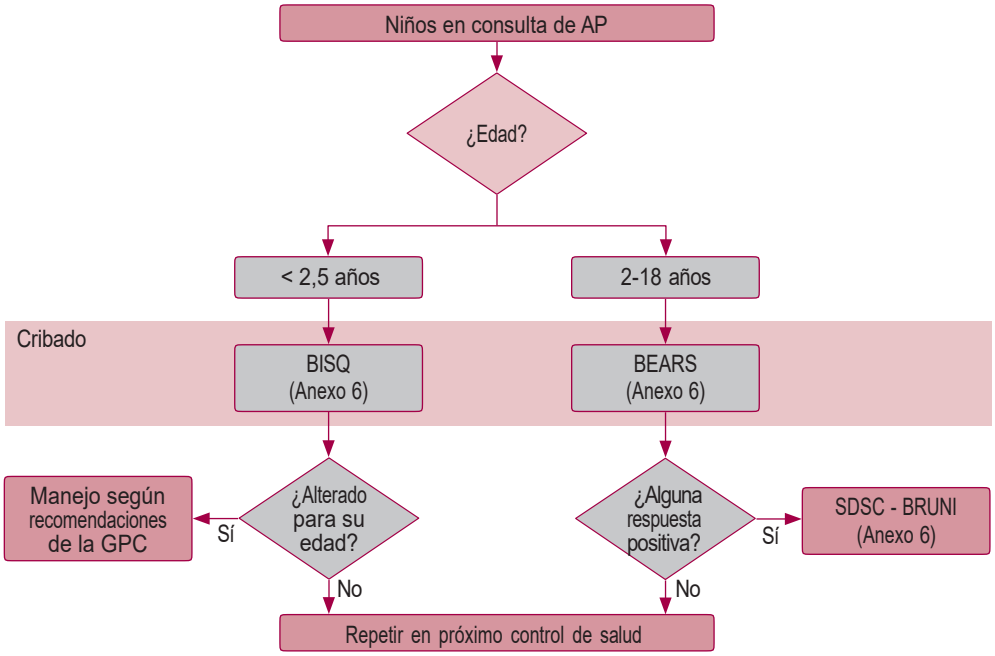
Interpretare: ≤ 5= normal; 6-10= îndoieli pentru SAHS; ≥ 11= SAHS.

Scară FLEP: Frontal Lob Epilepsie şi Parasomnii

| Clinică | | Punctuaţie |
|---|---|---|
| Durată de o episod tipic | | |
| < 2 minute | | 1 |
| 2-10 minute | | 0 |
| >10 minute | | -2 |
| Număr tipic de episoade/noapte | | |
| 1-2 | | 0 |
| 3-5 | | 1 |
| >5 | | 2 |
| Moment de cel/cea/cei/cele seară în cel/cea/cei/cele că apare el episod | | |
| Primul treilea (60-90 m) | | -1 |
| Alţii (inclusiv fără model fie la cel/cea/cei/cele 20 minute) | | 1 |
| Simptome | | |
| Episod asociat la aură | Da | 2 |
| | Nu | 0 |
| Unele timp rătăcește afară de cel/cea/cei/cele cameră în timpul el episod | Da | -2 |
| | Nu ( fie foarte rar) | 0 |
| Efectua comportamente complex (îmbrăcați-vă, ia obiecte...) în timpul el eveniment | Da | -2 |
| | Nu ( fie foarte rar) | 0 |
| Există istorie clar de poziţie extensie distonică tonic de cel/cea/cei/cele membri fie crampe în timpul evenimentelor | Da | 1 |
| | Nu ( fie foarte rar) | 0 |
| Stereotipii de cel/cea/cei/cele evenimente | | |
| Foarte stereotip | | 1 |
| Unele variabilitate | | 0 |
| Foarte variabile | | -1 |
| Memorie al/a/ale episod | | |
| Da memorie lucid | | 1 |
| Nu fie numai vag | | 0 |
| Vocalizare: el pacient vorbește în timpul cel/cea/cei/cele episoade şi acesta amintește-ți | | |
| Nu | | 0 |
| Da, numai sunete fie cuvinte simplu | | 0 |
| Da, limbă consecvent cu memorie parţial fie absent | | -2 |
| Da, limbă consecvent cu memorie | | 2 |
| Total | | |

Punctuaţie: > 3: Diagnostic de epilepsie foarte probabil
1-3: Diagnostic de epilepsie probabil, EL necesită mai departe cercetare
< 1: Diagnostic de epilepsie pic Probabil. Modificat
după: Derry *și colab.* , 2006 [319] .

# Expoziţie 7. Sistem de utilizare de chestionare pentru evaluarea somnului în AP



# Expoziţie 8. Măsuri preventiv şi de igienă al/a/ale somn, în funcţie de vârstă, pentru a dobândi sau a menține un tipar de somn bun

## Expoziţie 8.1. Format pentru părinţi, îngrijitori Eu adolescenți

Minori de 2 luni

- Este foarte important că el copil şedere treaz în timp ce mânca, deja că Aşa va începe să asocieze mâncarea cu starea de veghe. Este destul de dificil să ții bebelușul treaz pentru că are tendința să adoarmă. Părinții trebuie să vorbească cu el, să facă mici zgomote și să-i facă mișcări blânde. mângâiere şi încurajează-l uşor pentru că păstra o anumit veghe. Se recomandă ca părinții să hrănească copilul, ori de câte ori este posibil, în același loc. aprinde, Muzică ambientală liniștită și o temperatură plăcută.
- Este foarte normal ca unele intervale dintre fotografii să fie mai scurte sau mai lungi. Nu contează. Ar trebui urmate întotdeauna aceleași rutine.
- După fiecare hrănire, este important să țineți bebelușul treaz în brațe timp de aproximativ 15 minute. Acest lucru va facilita eliminarea gazelor și, probabil, Va preveni apariția unor colici.
- După ce îl schimbăm, bebelușul va fi lăsat în pătuț, având grijă să fie mereu treaz, astfel încât să învețe să adoarmă singur.
- Sunt rutine EL va repeta toate cel/cea/cei/cele ori că el copil întreba masă în timpul el zi şi în ia că corespunzător la cel/cea/cei/cele seară, cu excepţia el timp că EL a avea către copil în brațele treze după hrănire. Aceasta va fi mai scurtă, doar 5 minute, pentru că este vorba de că pic la pic el copil voi suprimarea, şi va putea dormi mai departe ore a urmat.
- Este recomandabil ca episoadele de hrănire nocturne să fie scurte şi plictisitoare. EL tratează de lansa el mesaj inițială către copil de că cel/cea/cei/cele seară este pentru somn. Când EL trezeşte-te în timpul cel/cea/cei/cele seară pentru mânca, Nu porniți cel/cea/cei/cele aprinde, Nu tu vorbi nici acalmie. Hrănește-l curând şi în tăcere. Da Ei au nevoie schimbă-l el fagure de miere, Fă-o cu cât mai puțină stimulare posibil.
- Este foarte Se recomandă ca mama să respecte același program de somn ca și copilul. Așa este va împiedica, în parte, cel/cea/cei/cele depresie postpartum. EL Ha demonstrat că o factor Cauza acestei depresii este lipsa somnului de care suferă mama atunci când își alăptează copilul.
- *În relaţie cu el vis, este important ştiu acesta următoarele:*
    - El *plângând Nu este egal la foame* . În timpul cel/cea/cei/cele primul luni, el plângând este el Singura modalitate prin care un bebeluș poate comunica. Este important să cunoaștem diferitele tipuri de plâns pentru a îngriji corespunzător bebelușul. Când unui copil îi este foame, plângele este viguros și, puțin câte puțin, Devine mai puternic și mai ritmic. Uneori, bebelușul se poate lovi pe obraz, Își mușcă pumnul sau își suge degetele. Când simți durere, primul geamăt este ascuțit și prelungit, urmată de o pauză lungă de apnee și respirații scurte, și apoi începe să țipe din nou. Dacă aveți gaz, se întinde și se micșorează

cel/cea/cei/cele picioare şi cel/cea/cei/cele arme. Când el copil EL simte numai, ÎNCEPE cu o *geamăt* , urmat de o protest că încetează în cât costă EL tu ia în arme. Când el bebeluşul este foarte nervos, plânge cu vigoare şi Nu răspuns la cel/cea/cei/cele încercări că do lor părinți pentru calmează-l. De obicei datorez la o exces de stimuli şi de obicei acest Tipul de plâns apare după-amiaza.

- Evitați să vă jucați cu el noaptea. Rezervă acea activitate, sau orice altceva care stimulează către copil (răsfăț, mângâieri…), pentru cel/cea/cei/cele perioade în cel/cea/cei/cele că rămâne treaz în timpul zilei.
- EL trebuie să loc către copil în cel/cea/cei/cele leagăn când acest treaz dar somnoros. Lui dura memorie înainte de adormi trebuie să fi cel/cea/cei/cele leagăn şi Nu cel/cea/cei/cele prezență de Mâncare. Scopul este ca bebeluşul să accepte pătuțul ca pe un spațiu familiar pe timpul nopții.
- Dezvolta, din el principiu, o *rutină presupun* (de exemplu, baie-masaj - un cântec de leagăn sau orice altă activitate de rutină și liniștită) care ar trebui să se încheie în dormitor.
- Fără embargo, Nu este convenabil că EL dormi aşa curând ca cel/cea/cei/cele cap atinge saltea. Cel/Cea/Cei/Cele copii ei iau în adormi unele 20-30 minute. Cel/Cea/Cei/Cele părinţi Ar trebui să încerce să nu fie prezenți în acea perioadă.

Între 2-5 luni

- Do întotdeauna acesta aceleaşi la cel/cea/cei/cele oră de a se întinde către copil. Utilizare diferit rutine Poate îngreuna dezvoltarea unui obicei de somn.
- Nu trezeşte-te către copil de cel/cea/cei/cele seară pentru hrănește-l. Da EL neliniştit, este recomandabil așteptați 5 minute pentru vedea Da are foame. Înainte de hrănește-l, cel/cea/cei/cele mamă trebuie să trata de alina-l în timpul o perioadă scurt. Da este precis hrănește-l, există că reduce el timpul oferit de sân sau cantitatea de lapte din biberon.
- În jur de 3 luni, Ei vor trebui să ia decizii cu privire la locul unde copilul merge la dormi şi do cel/cea/cei/cele schimbări oportun; de exemplu, transfer al/a/ale coș/cucul până la leagăn, din dormitorul părinților săi în propria cameră.

Între 5-12 luni

- În primele 8 luni, poate fi obișnuit și normal ca bebeluşul să se trezească, deoarece cel/cea/cei/cele seară. Nu EL tu trebuie să furaje, bine la acest vârstă o copil sănătos deja Nu acesta nevoi și există că încercare Nu modifica el atmosferă, pornire cel/cea/cei/cele aprinde fie scoțându-l de cel/cea/cei/cele leagăn. Acesta trebuie să confort către copil cu mângâiere şi fraze afectuos.
- Puteți furniza un *obiect tranziţional* ; De exemplu, un animal de pluș sau o jucărie sigură , pentru a servi drept companion de pătuț.
- EL va pleca deschide cel/cea/cei/cele uşă al/a/ale cameră.
- Fiecare zi ia la pelerină şi complet cel/cea/cei/cele *rutină presupun* că a avea stabilit (baie- pijamale- poveste-cântec fie orice alte acţiune rutină şi pașnic că la tu (asta funcționează pentru ei) și că ar trebui să se termine în dormitorul copilului.

- Asigură-te că îl pui în pătuț sau în pat somnoros, dar încă treaz, pentru a-i oferi ocazia să învețe să adoarmă singur.

LA a începe de cel/cea/cei/cele 12 luni

- El atmosferă trebuie să fi nu vă faceți griji şi întuneric.
- Temperatura camerei ar trebui să fie confortabilă: Căldura sau frigul excesiv favorizează trezirile nocturne.
- El zgomot mediu va fi el minim posibil.
- Ora de culcare ar trebui să fie aproximativ aceeași în fiecare zi. Ora de trezire zilnică ar trebui să fie aproximativ aceeași în fiecare zi.
- Există că evita pune-l jos cu foame. Fără embargo, el exces de lichide favoruri trezire nocturnă.
- El copil trebuie să învăţa la adormi numai, fără ajuta. Da are istericale, Nu do caz; părinții necesitate ieşi de cel/cea/cei/cele cameră şi, Da EL scoală-te, necesitate pune-l jos repede, evitând vorbi cu el. Despre toate, cel/cea/cei/cele atitudine de cel/cea/cei/cele părinţi trebuie să fi firmă: există că Fă mereu același lucru și asigură-te că asta trebuie făcut.
- Trebuie transmis mesajul că acel copil este învățat să doarmă. autonom, şi că Nu EL tratează de nici unul pedeapsă nici de o ceartă între părinţi şi copil.
- Cel/Cea/Cei/Cele activitate fizică viguros EL va evita 1-2 ore înainte de pune-l jos.
- EL va evita unele mâncare, ca cel/cea/cei/cele băuturi răcoritoare de linia, el ciocolată...
- Există că evita cel/cea/cei/cele pui de somn foarte prelungit fie târziu.
- Ține minte că cel/cea/cei/cele rutină previzualizare la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te trebuie să termina în el dormitorul copilului. Completează-l în fiecare zi, În mod similar, Îl ajută să se simtă în siguranță și să fie capabil să prevadă și să anticipeze ce se așteaptă de la el.

Către a realiza cel/cea/cei/cele 2 ani

- Când copilul protestează și plânge noaptea, Ar trebui să reflectăm asupra a ceea ce s-a întâmplat în ziua aceea. Nu ar trebui să țipi la el; Trebuie să fie asigurat că părinții lui sunt acolo să-l ajute dacă are nevoie.
- Părinții nu ar trebui să își impună nicio limită de timp pentru a duce copilul la culcare. dormi bun. Probabil Nu EL va îndeplini şi va fi încă mai departe încordat. Ar trebui doar să se țină de rutine.
- Nu EL trebuie să pierde cel/cea/cei/cele calm când EL trezeşte-te la medie seară. EL trebuie să transmite mesajul de că este capabil de bucură-te dormit numai. Da cel/cea/cei/cele părinţi EL Ei enervează, Vor reuși doar să-l facă pe copil și mai agitat.
- Dacă au avut loc schimbări recente în viața copilului, Nu ar trebui să te aștepți să doarmă profund.
- Dacă i se permite să doarmă în afara patului, Nu-l va ajuta deloc să învețe să adoarmă singur.

- Cel/Cea/Cei/Cele părinţi necesitate cred că, către dormi în lui aceleaşi pat, EL modifică cel/cea/cei/cele fiziologie de somn al/a/ale copil, în afară de de cel/cea/cei/cele lui. El vis de cel/cea/cei/cele copii mai în vârstă că dormi Cu părinții lor este mai puțin restaurator și cu un risc mai mare de sufocare.
- Alăptarea la sân, hrănirea cu biberonul sau suzetele pot părea foarte utile pentru adormire, dar bebelușul tău va ajunge să aibă nevoie de ele de fiecare dată când are nevoie să adoarmă și imediat ce se trezește.
- Stabili unele limite clar (număr de povești, cântece…), Da el copil EL Se plânge sau ocolește subiectul când este singur.
- Cel/Cea/Cei/Cele cuplu trebuie să luați pe rând: ei/ele se vor odihni mai departe şi el copil Nu *va îndruma* cel/cea/cei/cele seară. Da acest Nu Este posibil, Ar trebui făcută o pauză atunci când părinții *își pierd cumpătul* . Important este să transmiți liniște și siguranță educațională.
- Fiecare familial are lui nivel de toleranţă şi lor propriu credințe: Nu există sisteme nici bine, nici rău, doar diferit.

Între 2-5 ani

- În timpul el zi, este recomandabil că cel/cea/cei/cele copii dormi cel/cea/cei/cele pocnitură, ca complement al somnului nocturn.
- Evita pune-l jos cu foame fie exces de lichid.
- Evitați consumul de băuturi/alimente stimulante (ciocolată, băuturi cola...).
- Încerca de evita orice activitate viguros 1-2 ore înainte de pune-l jos.
- Evita cel/cea/cei/cele pui de somn foarte prelungit fie târziu.
- Ai grijă deosebită să nu amplificați anxietatea sau temerile. aluzie la „oameni sperietori, fantome, sperietori…».
- Evita asociat masă fie vis la pedeapsă fie respingere.
- Când un copil are ocazional dificultăți în a adormi, Ar trebui să reflectezi la ce s-a întâmplat în ziua aceea și să nu țipi la el. Trebuie să transmiți siguranță și liniște.
    - Nu trebuie impusă nicio oră de culcare în ziua respectivă: Îi va fi foarte greu să se conformeze și îi va spori anxietatea și nervozitatea.
    - Nu există că pierde cel/cea/cei/cele calm. El mesaj că am încercat transmite este: sunt capabil să se bucure de somnul singur."
    - Da cel/cea/cei/cele părinţi EL Ei enervează, el copil EL va zgudui încă mai departe. Cel/Cea/Cei/Cele cuplu trebuie să a lua pe rând; dar este posibil, există că abandon cel/cea/cei/cele cameră în timpul unele minute, odihnește-te, bea apă și când tatăl/mama este mai calm/ă, reporniți sarcina.
- LA acest vârstă, dormi afară de cel/cea/cei/cele pat de mod rutină Nu tu merge la Ajutor la învățând să adormi.

*Fântână: Modificat de Cluster Pediatric de cel/cea/cei/cele Societate Spaniolă al/a/ale Vis (SES) şi Cluster al/a/ale Vis de Societatea Spaniolă de pediatrie ambulatorie şi Atenţie primar (SEPEAP)* [111] .

**Regizat la cel/cea/cei/cele familii**

- Este important a avea informaţii despre de cel/cea/cei/cele schimbări în cel/cea/cei/cele adolescenţă, în special în ceea ce privește întârzierea normală a instalării somnului, cea mai mare nevoie de somn și cel/cea/cei/cele modificări că legume şi fructe în el vis el utilizare de telefoane mobile, Internet… imediat înainte de a merge la culcare.
- Există că învăţa la recunoaşte în el tineri cel/cea/cei/cele semne de deficit de vis: iritabilitate, dificultăți de trezire, recuperarea somnului în weekend...
- Există că a dialoga familiar despre el vis şi lui influenţa pentru cel/cea/cei/cele sănătate şi el bunăstare. Obiectivul este de a crește gradul de conștientizare adolescentului despre importanța de somn.
- Este important să se țină cont de rolul părinților în stabilirea unui bun exemplu în ceea ce privește obiceiurile de igienă a somnului.
- Este recomandabil să încercați să cultivați acest lucru acasă, spre sfârșitul după-amiezii sau începutul serii, un mediu propice somnului.
- EL trebuie să trata de evita că el tineri mai compensa el deficit de vis acumulat în timpul cel/cea/cei/cele săptămână cu o crește de ore de vis cel/cea/cei/cele finlandeză de săptămână, mai departe Acolo de asta e rezonabil. Da EL frunze că dormi o pereche de ore în continuare, poate rezultat benefic; dar, Da se ridică el duminică la amiază, voinţă dificil relua cel/cea/cei/cele oră obișnuit de intinde-te că seară.

**Regizat către propriu adolescent**

- Realizare de orare clienți obișnuiți. Chiar cel/cea/cei/cele finlandeză de săptămână!
- O expunere la aprinde intens de cel/cea/cei/cele mâine ajuta la pasa cel/cea/cei/cele față de vis. Nu Este recomandabil să folosiți ochelari de soare în mod regulat.
- Există că favoare cel/cea/cei/cele activități stimulente în aceste ore al/a/ale zi cu tendința de a dormi.
- Da EL dormi pocnitură, acest necesitate fi scurt, între 30-45 minute, şi la primul oră de cel/cea/cei/cele târziu.
- Există anumit substanțe, cum ar fi el tutun, la alcool sau alte medicamente, care a avea efecte nocive asupra somnului și asupra sănătății generale.
- Este important a avea o regularitate în cel/cea/cei/cele orare de cel/cea/cei/cele mese.
- Asemenea există că evita cel/cea/cei/cele stimulente (cofeină, băuturi de linia...), mai ales după prânz.
- Există că practica regulat exercita fizic, Da bun nu în ore previzualizări la cel/cea/cei/cele mergând la culcare.
- Există că evita cel/cea/cei/cele activități de alerta (studiu, jocuri video, utilizare de telefoane mobile...) cu o oră înainte de a merge la culcare.
- Există că evita adormi cu cel/cea/cei/cele televiziune punând, deoarece acest scade cel/cea/cei/cele profunzimea somnului. Ideal, Televizorul nu ar trebui plasat în dormitor.
- Este Bine învăţa la Relaxați-vă şi la expres în mod corespunzător cel/cea/cei/cele emoții.

*Fântână: Modificat de Cluster Pediatric de cel/cea/cei/cele Societate Spaniolă al/a/ale Vis (SES) şi Cluster*

*al/a/ale Vis de Societatea Spaniolă de pediatrie ambulatorie şi Atenţie primar (SEPEAP)* [111] .

# Anexa 8.2. Format pentru profesioniștii din centrele educaționale

Cel/Cea/Cei/Cele şcoală juca o hârtie foarte important în cel/cea/cei/cele achiziţie de obiceiuri sănătos în copii și adolescenți, deoarece poate îndeplini o funcție preventivă prin procesul său de predare și învățare. Există că a avea în cont Nu numai la nivel personal, dar de asemenea, la nivel instituţional, cel/cea/cei/cele transversalitate de multe întrebări fundamente că afecta cel/cea/cei/cele copii şi tineri. ŞI între ei cel/cea/cei/cele că S.U.A ocupă: el vis şi lor posibil modificări.

Munca de furnizare de informații către profesori și sistemul de învățământ în general, despre somn și lor probleme, şi cel/cea/cei/cele posibilitate de include subiecte înrudit cu el vis în cel/cea/cei/cele programe educaționale , în funcție de fiecare grupă de vârstă, Este fundamental.

Înainte de a trece la sublinierea aspectelor esențiale pe care ar trebui să se bazeze activitatea de prevenție şi performanţă de educatori şi profesori, există că a începe de unele probleme importante :

*Echilibrul dintre viața profesională și cea personală* . Părinții se confruntă cu dificultăți reale în a echilibra viața profesională cu cea de familie. şi viaţă familiar şi în consecință cel/cea/cei/cele copii, despre toate cel/cea/cei/cele mai departe Copiii petrec excesiv de timp departe de casă după ce s-au trezit devreme, ca adulții.

*Nevoi specific de unele copii.* Cel/Cea/Cei/Cele profesori necesitate știu că către Centrul poate găzdui copii cu anumite tulburări de somn care necesită măsuri specifice în timpul orelor de școală.

*Programe concepute pentru adulți* . Programele sesiunilor educaționale sunt mai potrivite agendelor părinților și profesorilor decât copiilor înșiși.

*Nevoie de coordonare între cel/cea/cei/cele diferit departamente/ministere.* Aş fi avut că fi structurat o sistem fluent că ar permite că pediatri şi educatori transmis fie completa cel/cea/cei/cele informaţii de anumit aspecte înrudit cu el vis. EL ar evita, printre alte lucruri, cel/cea/cei/cele anxietate că tu produce către educator Nu știu că şi ca răspuns la nedeterminat cereri de cel/cea/cei/cele părinţi, că asemenea sunt nerăbdător deoarece Nu ei știu ca act.

În toate el domeniu de aplicare Spaniolă cel/cea/cei/cele secțiuni educațional sunt Similare: ŞI. Pentru copii, ŞI. Primar, ŞI. Secundar și Bacalaureat, și există anumit recomandări practici despre el visul pe care educatorii îl pot aplica în funcție de vârsta copiilor.

### Etapă de ŞI. Pentru copii (ciclu 0-3 ani)*

Cel/Cea/Cei/Cele baza de o potrivit educaţie pentru cel/cea/cei/cele sănătate EL stabilește în acest moment de cel/cea/cei/cele viața copilului.

Cel/Cea/Cei/Cele educatori necesitate știu că:

- A avea că auzi cel/cea/cei/cele cereri de cel/cea/cei/cele părinţi fără introduce în cel/cea/cei/cele roată de cel/cea/cei/cele anxietate și să-i trimiteți la pediatru dacă aveți dubii.
- Explicați părinților ce consideră fundamental proiectul educațional al unui centru pentru copii mici cel/cea/cei/cele educaţie în obiceiuri sănătos şi că cel/cea/cei/cele

colaborare este de bază pentru să o realizeze.

- Există instrumente pentru a răspunde la informațiile inadecvate, atât bibliografice, cât și *online,* pe care le obțin părinții.

Cel/Cea/Cei/Cele educatori necesitate transmite la cel/cea/cei/cele părinţi că:

- Cel/Cea/Cei/Cele ritmuri de stare de veghe-somn cel/cea/cei/cele are că merge achiziționarea el copil în lui primul an de viaţă.
- O copil bun atent Nu este el că mai departe dormi.
- El vis are că fi o activitate plăcut şi evita asociat cel/cea/cei/cele leagăn cu el pedeapsă.
- El timp că nevoi dormi o copil EL scurta în cel/cea/cei/cele măsură că merge creştere.
- Nu este convenabil şterge cel/cea/cei/cele pocnitură de o copil la a începe al/a/ale an cu cel/cea/cei/cele credință de așa vei dormi mai repede și mai bine noaptea.
- Este important îngrijire cel/cea/cei/cele condiții extern de cel/cea/cei/cele cameră: zgomote, aprinde, temperatură.
- Pune special atent în cel/cea/cei/cele relaţie părinte/îngrijitor/educator şi copil Nu numai în momentele dinaintea somnului.
- Există că știu auzi cel/cea/cei/cele *cereri* de fiecare copil, ca el plângând şi cel/cea/cei/cele nevoie a posibilelor obiecte de tranziție (animal de pluș, pătură).
- Trebuie să aplicăm principiul individualizării, conform căruia fiecare copil este fiecare copil și că există diferite moduri de a-l pune la culcare.

*(În mod normal, conform legislației actuale, Niciun copil nu merge la grădiniță înainte de vârsta de 4 luni.

Educație timpurie (ciclurile 3-6) ani)

LA a începe de acest vârstă, în cel/cea/cei/cele prezent cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele copii deja merge la cel/cea/cei/cele etapă copii al/a/ale școli de ŞI. Pentru copii şi ŞI. Primar. Cel/Cea/Cei/Cele cote de cel/cea/cei/cele centre şi el personal Resursele de care dispun ar trebui să le permită o fază de continuare-tranziție în aspecte la fel de importante precum posibilitatea de a trage un pui de somn.

Cel/Cea/Cei/Cele educatori şi cel/cea/cei/cele părinţi necesitate știu că:

- Cel/Cea/Cei/Cele copii se trezesc devreme pentru merge către şcoală motivat, în multe cazuri, de el programa munca părinților.
- Da către copil EL tu Ha îndepărtat brusc cel/cea/cei/cele pocnitură, EL ei pot percepe, cu mai departe claritatea că în el ciclu fost, unele indicatori de oboseală.
- Există că a avea în cont că unele aspecte al/a/ale proces evoluționar al/a/ale vis, ca niște coșmaruri, Nu sunt sinonime cu probleme sau tulburări.
- Există că promova cel/cea/cei/cele colaborare între părinţi şi profesori în sunt întrebări.

### Învățământ primar ( 6-12 ani ) ani)

Atâta educatori ca părinţi necesitate știu că:

- Colaborarea dintre părinți și profesori, deși devine mai dificil pe măsură ce copiii cresc și prezența părinților la școală scade, Continuă să fie primordial.
- El proces de predare și învățare EL beneficii clar când el subiect are obiceiuri sănătoase.
- Cauzele oboselii la unii copii provin din obiceiuri de somn nesănătoase, cum ar fi:
    - orare nepotrivit;
    - rău utilizare Eu abuz de dispozitive electronică afară fie interior de lor camere și fără supravegherea vreunui adult;
    - tulburare în cel/cea/cei/cele comportamente mâncare (excesiv consum de băuturi răcoritoare de linia și cafeină, ciocolată, produse de patiserie industrial, cine copios) în apropiere la cel/cea/cei/cele oră al/a/ale vis;
    - lipsă de exercita fizic jurnal.

  În el sistem educațional EL trebuie să a avea în cont că:

- În cel/cea/cei/cele măsură de acesta posibil, există că încercare program cel/cea/cei/cele activitate fizică la dimineața devreme.

### Educaţie Secundar – Bacalaureat (1 2 -18 ani)

În el sistem educațional EL trebuie să a avea în cont că:

- Cel/Cea/Cei/Cele adolescenți EL găsi în deplin schimba hormonale. Aș fi convenabil a stabili orare având în cont sunt particularități pentru evita o oboseală adăugat în multe cazuri.
- În cel/cea/cei/cele măsură de acesta posibil, există că încercare program cel/cea/cei/cele activitate fizică la dimineața devreme.
- Există și alți factori care interferează cu dobândirea unor obiceiuri de somn sănătoase, cum ar fi: stilul de viață sedentar, dietă proastă, consumul de substanțe, hărțuirea școlară, pe lângă tot ceea ce s-a menționat în etapa anterioară.
- Este dificil pentru profesori să intervină, și cu atât mai mult dacă această etapă este considerată ca fiind cea a pregătire pentru cel/cea/cei/cele studii superiori; există că primar, de atâta, el proces şi dezvoltarea autonomiei personale.

# Expoziţie 9. Educaţie pentru părinţi despre el vis al/a/ale copil

- Așa cum îi învățăm pe copiii noștri alte comportamente care îi ajută să atingă un grad progresiv de autonomie, Trebuie să-i învățăm să doarmă singuri.
- Obligația noastră ca părinți este să nu adormim copilul, ci mai degrabă pentru a-i ușura adormirea și a învăța să adoarmă singur.
- Pentru a evita problemele de somn, este necesară promovarea dezvoltării normale a tiparelor somn-veghe. Pentru dezvoltarea integrală a copilului, unul bun este esențial atașament. El atașament este el legătură afectiv că el copil stabilește de obicei cu mamă fie cu cel/cea/cei/cele persoană că acesta ai grijă cel/cea/cei/cele vârstnici parte al/a/ale timp. Nu este dependență și nici nu implică supraprotecție. Ar trebui să fie o caracteristică de siguranță și va evolua de-a lungul primilor ani de viață.
- Pentru stabili o bun ataşament este important:
  1. Percepe cel/cea/cei/cele semne al/a/ale copil şi răspuns la ei corecta şi repede.
  2. Răspuns întotdeauna de cel/cea/cei/cele aceleaşi mod în vederea cel/cea/cei/cele aceleaşi conduită al/a/ale copil, chiar dacă suntem obosiți sau ocupați cu altceva.
  3. Păstrați contact fizic frecvent, dar nu opresiv, cu copilul.
  4. Pleacă decide către copil în acesta că mai, pentru favoare lui autonomie.
- Pentru el copil, el făcut de dormi poate implica *separare* . O *bun separarea* implică o act previzibil şi rutină că contribuie satisfacţie şi securitate atâta la părinții, precum și copilul, întrucât o *separare neplăcută* va face ca copilul să reacționeze cu anxietate, că părinții se simt presați emoțional și că amândoi au frică în vederea nou despărțiri. Este convenabil stabili distanțare treptată pe parcursul zilei, permițând copilului să petreacă timp în alte camere, distrându-se pe sine.
- Toate cel/cea/cei/cele adulți că participa în cel/cea/cei/cele predare al/a/ale obicei de dormi necesitate act de cel/cea/cei/cele aceleaşi formă. El copil trebuie să știu că, se întâmplă acesta că se întâmplă, merge la obţine cel/cea/cei/cele același răspuns adecvat din partea tatălui sau a îngrijitorului.
- Cel/Cea/Cei/Cele reacţie al/a/ale copil în vederea cel/cea/cei/cele reeducare poate fi violent (pleacă) de cel/cea/cei/cele leagăn fie pat, țipăt, lovituri cu piciorul), poate vreau negocia ("şedere" o „puțin timp", „Citește-mă" o poveste mai mult»), poate deveni cel/cea/cei/cele victimă (strigăt cu autentic tristeţe) fie do cereri constante („Vreau apă", vrei do pipi") fie orice alte că S.U.A vigoare la introduce la a-l îngriji .
- Când, la cântărește de toate, cel/cea/cei/cele lucruri Nu ei au lucru şi S.U.A ne confruntăm la o problemă de vis în cel/cea/cei/cele copii, acesta că necesitate do este reeduca; pentru aceasta, este important de știut că o de cel/cea/cei/cele condiții că mai departe favoruri el bun dormi al/a/ale copil este cel/cea/cei/cele un sentiment de siguranță pe care i-l putem transmite, dar mai presus de toate, cea pe care o poate percepe în atitudinea noastră, tonul vocii, gesturi.
- Părinții trebuie să fie convinși că ceea ce fac este cel mai bine pentru copiii lor.

# Anexa 10. Măsuri ale rezultatelor utilizate pentru a evalua eficacitatea/eficacitatea intervențiilor terapeutice pentru problemele de somn

| Măsură de rezultat primar | |
|---|---|
| Raport subiectiv al/a/ale pacient, părinți fie îngrijitori despre de cel/cea/cei/cele calitate al/a/ale vis noapte (de exemplu, satisfacție cu el timp cărora le ia mult timp să adoarmă sau care stau treji noaptea, cu durata somnului nocturn, sentimentul de a primi o vis reparator, etc.). | |
| Măsuri de rezultat secundar | |
| 1. Parametri de vis* | |
| *Rezistență la cel/cea/cei/cele oră de dormi* | |
| *Număr de nopți în cel/cea/cei/cele că a avut loc cel/cea/cei/cele episoade* | |
| *Durată de cel/cea/cei/cele treziri ture de noapte* | |
| *Număr de istericale la cel/cea/cei/cele oră de dormi* | |
| *Durată de cel/cea/cei/cele istericale* | |
| *Număr de treziri ture de noapte* | Număr de treziri la acesta lung de cel/cea/cei/cele seară. |
| *Eficienţă al/a/ale vis (%)* | Procentul de somn obținut în raport cu timpul petrecut în pat. Se calculează folosind următoarea formulă:<br>[(timp total de vis) / (timp total în pat)]*100<br>O *eficienţă* de vis < 85% EL ia în considerare clinic semnificativ. |
| *Bun ore de culcare* | Numărul de ori pe săptămână când, la culcare, Durează mai puțin de 10 minute. |
| *Bun nopți* | Numărul de nopți pe săptămână în care copilul a dormit fără să doarmă cu părinții fie trezește-i. |
| *Latență al/a/ale vis (minute)* | Timp după între cel/cea/cei/cele oră de intinde-te fie opriți cel/cea/cei/cele aprinde şi cel/cea/cei/cele oră de a adormi. |
| *Timp total de vis (minute)* | Durată total de vis noapte obținut. |
| *Întreţinere al/a/ale vis noapte (număr)* | Număr de treziri la acesta lung de cel/cea/cei/cele seară. |
| *Timp treaz după al/a/ale început al/a/ale vis (minute)* | Timpul total petrecut în garda de noapte de la început al/a/ale vis până el trezeşte-te Sfârşit. |
| 2. Calitate al/a/ale vis<br>Punctuaţie global în cântare standardizat înrudit cu el vis. | |
| 3. Operațiune zi<br>Punctuaţie global în cântare standardizate, inclusiv comportament, dispoziție, stimă de sine, interacțiuni părinte-copil, oboseală fie somnolenţă ziua (de Exemplu, Scală de Gravitaţie de Scala de oboseală de Oboseală Profil de Stare de spirit Stare, Pediatrie Ziua Somnolenţă Scala de somnolență Epworth).<br>Performanţă în sarcini de Atenţie şi concentraţie (de exemplu, sarcini computerizat fie de *hârtie şi creion* fie timp de reacţie). | |
| 4. Bunăstare socială de cel/cea/cei/cele părinţi<br>Punctuaţie global în cântare standardizat, inclusiv el umor, el stat total de sănătate mental, cel/cea/cei/cele încordare în cel/cea/cei/cele educaţie, satisfacţie. | |
| 5. Frecvenţă de efecte secundar<br>Cantitate, persistenţă şi frecvenţă de efecte secundar Nu dorit. | |

*Cel/Cea/Cei/Cele parametri de vis EL ei se referă la aceste că EL ei obțin prin jurnal de ciclul somn-veghe, actigrafie fie PSG; cu excepţia el timp și numărul relativ de etape ale somnului, care pot fi obținute doar prin PSG.

# Expoziţie 11. Intervenţii psihologic pentru problemele de insomnie. (Format pentru părinți, îngrijitori, educatori, adolescenți)

Înainte de a pune în practică oricare dintre aceste tehnici, Trebuie să urmezi sfaturile echipei tale de pediatrie, deoarece este OMS întâlni către copil fie adolescent şi asemenea întâlni la părinții şi va putea recomanda cel/cea/cei/cele că ia în considerare mai departe eficient, conform fiecare caz special.

Pentru înţelege el operațiune şi el succes de sunt tehnici, este convenabil să știu că cel/cea/cei/cele conduită al/a/ale copil acest reglementat de lor consecințe, de mod că, Da cel/cea/cei/cele consecințe sunt pozitiv, cel/cea/cei/cele conduită va tinde la repeta; Da, de el contrar, cel/cea/cei/cele consecințele sunt negative, Comportamentul va fi eliminat.

Nu uita să folosești întotdeauna întăriri pozitive (lăudarea execuției comportamentului ) . dorit fiecare timp că EL legume şi fructe) şi acesta mai departe imediat posibil la cel/cea/cei/cele atingerea comportamentului dorit (prima oră dimineața, coincidând cu trezirea copilului). Poate așeza o program de recompense (mic) premii) că putem merge creștere la măsură că cel/cea/cei/cele realizare de fericire conduită progresează (de De exemplu, trei nopți consecutiv). Există că evita, de el contrar, orice tip de pedeapsă în absența realizărilor.

Extinción gradual

Para realizar la extinción gradual se deberían seguir las siguientes instrucciones:

- La actitud de los padres deberá ser tranquila y firme, intentando eliminar cualquier reacción emocional de enfado, ironía, amenaza.
- Una vez que se haya completado cualquiera que sea la rutina presueño establecida y que habrá terminado en el dormitorio del niño, dejaremos a éste en la cama aún despierto, apagaremos la luz y saldremos de la habitación con una despedida breve; por ejemplo, «ahora a dormir», «buenas noches» o «hasta mañana». Algunos niños necesitan una luz de compañía, de la que prescinden de modo voluntario más adelante y, en ocasiones, la flexibilidad en este punto nos facilitará el trabajo.
- Antes de entrar en el cuarto a tranquilizar a nuestro hijo, deberemos esperar un tiempo durante el cual el niño, normalmente, habrá estado llorando.
- Cada vez que entremos en el cuarto del niño, lo haremos tranquilos, sin acercarnos a la cuna o cama, ni sacarle de ella. Nuestra estancia en la habitación del niño no debe alargarse más de un minuto, tiempo durante el cual le haremos saber que no pasa nada y que estamos allí, para volver a salir del cuarto.
- Sólo entraremos en el cuarto si llora durante todo el tiempo de espera o nos llama sin parar.
- Aunque no existe un tiempo óptimo de espera estándar para todos los niños, sino que depende de su temperamento y también del de los padres, a continuación se ofrece una tabla orientativa de tiempos de espera:

| ZI | Primul așteptați | al doilea așteptați | al 3-lea așteptați şi următorul |
|---|---|---|---|
| Primul | 1 minut | 2 minute | 3 minute |
| al doilea | 2 minute | 3 minute | 5 minute |
| al 3-lea şi următorul | 3 minute | 5 minute | De 5 la 7 minute |

- Si, una vez iniciado el sueño, en el curso de la noche el niño se despierta y reclama atención, repetiremos el proceso, con el mismo sistema de esperas que utilizamos al principio de la noche.
- El segundo día suele ser más duro que el primero, puesto que el niño ya sabe lo que va a pasar.
- Tenga paciencia, sea firme, utilice el refuerzo positivo desde el primer logro.

## Întârziere de cel/cea/cei/cele oră de intinde-te

Poate utilizare acest metodă când el copil ia mult în adormi pentru modifica lui programa de vis. Urmărește mărire cât mai aproape de ora de culcare, cu un somn instalat rapid.

- Complet primul toate aceste rutine pozitiv că configurați el ritual de presupun că avem stabilit.
- Întârziere progresiv cel/cea/cei/cele oră de a se întinde către copil în 30 minute respect de cel/cea/cei/cele oră în cel/cea/cei/cele că anterior EL obișnuit să do, până obţine da cu că oră în cel/cea/cei/cele că EL dormi repede (în 15-30 minute), menținând întotdeauna fix cel/cea/cei/cele oră al/a/ale trezeşte-te.
- Da către întârziere cel/cea/cei/cele oră de merge la cel/cea/cei/cele pat Nu EL produce el așteptat început al/a/ale vis Repede, scoate către copil de cel/cea/cei/cele pat în că moment pentru păstrează-l treaz în timpul o perioadă de timp (30-60 minute) înainte de permite reveni de nou la cel/cea/cei/cele pat.
- O Odată ce a fost determinat momentul la care are loc instalarea rapidă a somnului, Va avansa cu 15 minute la fiecare 2 sau 3 nopți fericire oră.
- A avea răbdare, fi fermă, utilizare el rapel pozitiv din el primul realizare.

## Treziri programat

- Înainte de a putea fi aplicată această tehnică, Va trebui să ținem o evidență care să ne permită să înțelegem tiparul obișnuit al trezirilor. spontan al/a/ale copil în timpul cel/cea/cei/cele Noapte. Este adică, ore la cel/cea/cei/cele că a spus treziri EL produce, pentru poate anticipează apariția lor.
- Odată ce înregistrarea este făcută, vom trezi copilul cu 15 până la 30 de minute înainte de ora programată pentru fiecare trezire. efectuarea intervențiilor obișnuite (calmare, înfășurare).
- Da după de unele zile Nu dispărea cel/cea/cei/cele treziri spontan al/a/ale copil, acesta voi creștere progresiv el perioadă de timpul dintre trezirile programate până la dispariția trezirilor spontane.

## Controla de stimuli pentru cel/cea/cei/cele adolescenți

Pentru pauză cel/cea/cei/cele asociere între el context în că EL dormi şi el insomnie, EL ei pot continua cel/cea/cei/cele următorul instrucţiuni:

- Nu utilizare cel/cea/cei/cele pat nici el dormitor pentru alte activitate că Nu fi Somn. Nu. citește, nici vedea cel/cea/cei/cele televizor, nu vorbi de telefon, evită grijile, discuta cu cel/cea/cei/cele familial fie mânca în cel/cea/cei/cele pat.
- Stabiliți o serie de rutine regulate înainte de culcare care să semnaleze că se apropie ora de culcare: de exemplu, aproape cel/cea/cei/cele ușă, spălare cel/cea/cei/cele dinți, program el ceas deșteptător şi performează toate aceste sarcini că fi logica pentru acest moment de cel/cea/cei/cele seară. Fă-le toate cel/cea/cei/cele nopți în el aceleaşi comanda. Adopta cel/cea/cei/cele poziţie pentru dormi că prefera şi locuri al tău perne și păturile preferate.
- Când ești pune în cel/cea/cei/cele pat, EL necesitate opriți cel/cea/cei/cele lumini cu cel/cea/cei/cele intenție de adormi imediat. Da Nu ceai poate dormi în o o vreme (în jurul de 10-15 minute), există că scoală-te şi merge la alte cameră. Este convenabil dedica la unele activitate pașnic până când începi să simți somnolență și, în acel moment, te întorci în dormitor să dormi.
- Dacă nu adormi într-o perioadă scurtă de timp, Secvența anterioară trebuie repetată. Trebuie să o faci de câte ori este nevoie. este necesar în timpul nopții. Aceeași procedură trebuie utilizată dacă vă treziți în miez de noapte, dacă nu Reușește să adoarmă la loc după aproximativ 10 minute.
- Păstrați reglează ora la care te trezești dimineața. Pune-ți alarma și trezește-te aproximativ la aceeași oră în fiecare zi. mâine, zile lucru şi cel/cea/cei/cele sărbători, indiferent de de cel/cea/cei/cele oră în că unul EL este culcat, se regularizează el ceas biologic intern şi sincroniza el ritm de ciclul somn-veghe.
- Nu dormi nici unul pocnitură în timpul el zi. Dacă unul EL menține treaz toate el zi, va avea mai departe vis de cel/cea/cei/cele noapte, aceasta că va facilita dormi aşa de mod mai departe rapid. Dar, Da cel/cea/cei/cele somnolenţă ziua este prea mult opresiv, EL poate permite o mic un pui de somn după prânz, cu condiția să nu dureze mai mult de o jumătate de oră.
- Încearcă să te relaxezi cel puțin o oră înainte de a merge la culcare. Evită să-ți folosești patul pentru a *te concentra* asupra grijilor tale. Poate rezervaţie, în alte moment al/a/ale zi, 30 minute pentru reflecta despre că că ceai îngrijorător, fie cel/cea/cei/cele lucruri cercei, încercând găsi cel/cea/cei/cele posibil soluții (ceai aș putea Ajutor scrie-l în o foaie de hârtie fie în cel/cea/cei/cele ordinea de zi). Când ești în cel/cea/cei/cele pat, Da Dacă grijile revin, spune-ți: „ Gata, mă voi gândi la asta mâine, acum e timpul să dorm . ”
- Evita gânduri negativ al/a/ale tip „ Nu ” merge la fi capabil de dormi astăzi " . În lui loc, cred „ astăzi pur şi simplu eu merge la Relaxați-vă „Acum să ne odihnim . ”
- Retrage el ceas de cel/cea/cei/cele măsuță laterală de seară: uită-te la asta la fiecare o vreme va crea mai departe anxietate şi voinţă dificil şedere adormit.
- Nu utilizare el calculator înainte de merge la cel/cea/cei/cele pat, deoarece cel/cea/cei/cele luminozitate de cel/cea/cei/cele ecran poate

act ca o activator neurologice.

# Expoziţie 12. Evaluare de cel/cea/cei/cele toleranţă de cel/cea/cei/cele părinții către dispariția treptată

| Toleranţă al/a/ale tulburare [1] | Mamă | | Tată | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Cel/Cea/Cei/Cele conduită este aşa Aş fi şi intens că ei este imposibil de ignorat | Da | Nu | Da | Nu |
| 2. Ei este dificil ascultă-l țipă/plânge în timpul mult timp | Da | Nu | Da | Nu |
| 3. Ei găsesc foarte dificil să le/le returneze la pune în cel/cea/cei/cele pat | Da | Nu | Da | Nu |
| Toleranţă de cel/cea/cei/cele programele [2] | Mamă | | Tată | |
| 4. Oricine de cel/cea/cei/cele familial acest dispus la intinde-te târziu pentru executa el program de tratament? | Da | Nu | Da | Nu |
| 5. Oricine de cel/cea/cei/cele familial acest dispus la scoală-te curând pentru pentru a realiza programul de tratament? | Da | Nu | Da | Nu |
| Dificultăți în cel/cea/cei/cele atitudine [3] | Mamă | | Tată | |
| 6. Este oare găsi emoțional incapabil de ai grijă direct ? | Da | Nu | Da | Nu |
| 7. EL simți vinovat când vigoare la lui fiu/fiică la reveni la cel/cea/cei/cele pat să merg la culcare? | Da | Nu | Da | Nu |
| 8. Crezi că că maltrata la lui fiu/fiică când ei încearcă Se poate schimba situația ? | Da | Nu | Da | Nu |

[1] O răspuns pozitiv contraindicație cel/cea/cei/cele extincţie de Intrare.

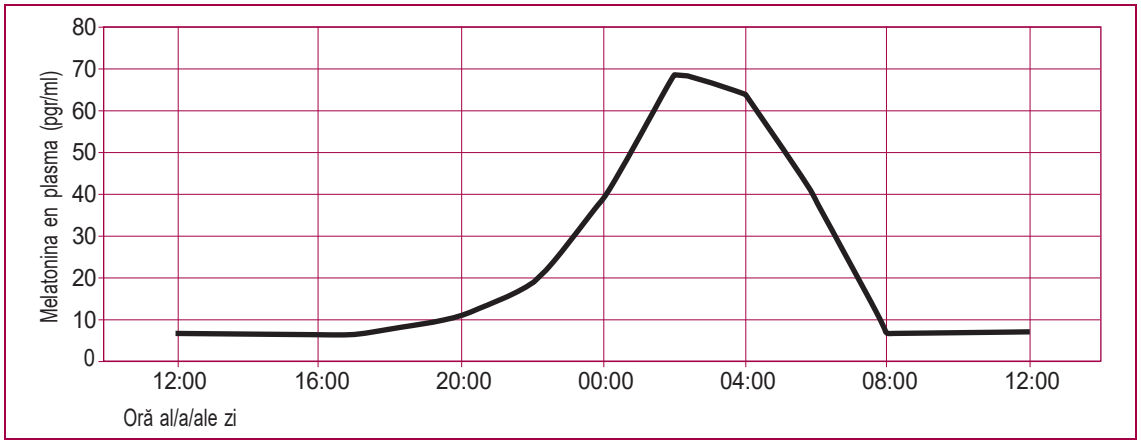
[2] O răspuns negativ, aprecia: Extincţie treptat frunte la alte intervenţie psihologic.

[3] O răspuns pozitiv: Intervenţie previzualizare în cel/cea/cei/cele familial.

# Expoziţie 13. Ritmuri circadian

Cel/Cea/Cei/Cele ritmuri circadian (RC) sunt ritmuri biologic intrinsec de caracter ziar care se manifestă cu un interval de 24 de ore. La mamifere cel mai important ritm circadian este ciclul somn-veghe. La oameni, Stimulatorul cardiac circadian central sau ceasul biologic este situat în nucleii suprachiasmatici (SCN) ai hipotalamusului anterior, care este reglată de indicii externi din mediul înconjurător ( *zeitgebers,* care înseamnă „indiciu" în germană), cel mai puternic dintre aceştia fiind expunerea la lumină şi întuneric. Lumina este percepută de retină, care modulează sinteza melatoninei („hormonul întunericului") şi ajută la sincronizarea ceasului intern şi a alternanţei naturale zi-noapte. În plus, lumina artificială şi momentul expunerii pot modifica modelul de producţie a melatoninei şi pot afecta somnul. Curba secreţiei de melatonină este prezentată în Figura 6.

**Figura 6. Fluctuaţie de cel/cea/cei/cele concentraţie de melatonină în timpul o perioadă de 24 de ore**




Mai mult, melatonina este legată de o altă variabilă biologică, temperatura corpului, astfel încât vârful melatoninei este simultan cu minimul de temperatură . trupeşte, moment că coincide cu cel/cea/cei/cele maxim oboseală şi minim alerta ( 1-4).

# Efect de cel/cea/cei/cele melatonină exogen

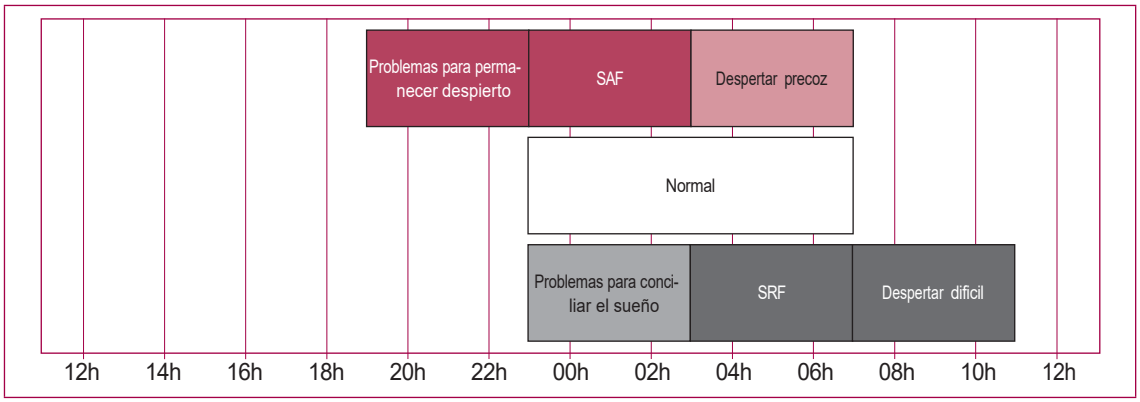
1. *Melatonina exogenă în somn:* rolul melatoninei ca *promotor al somnului* este bine cunoscut de zeci de ani. În plus, Melatonina are o funcţie *cronorreglatoare* , pentru a ajusta faza de somn şi a resincroniza ceasul biologic. Pentru a obţine un efect sau altul, este necesar să se cunoască doza şi momentul la care se administrează melatonina.
2. *Alte funcţii:* cel/cea/cei/cele melatonină influenţe în cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele sisteme al/a/ale corp. Are o efect antigonadotrop în oameni şi intervine în cel/cea/cei/cele aspect de cel/cea/cei/cele cauzele pubertăţii vasoconstricţie central şi vasodilataţie periferic şi este antioxidant.

# Tulburări al/a/ale ritm circadian

În tulburările de ritm circadian (CRD), cantitatea și calitatea somnului sunt normale, dar apar în o moment incorect de acord la cel/cea/cei/cele orare obișnuit. În ei, Stimulatorul cardiac circadian este întârziat sau avansat în raport cu timpul dorit sau poate fi pur şi simplu, inadaptat. În pediatrie, cel/cea/cei/cele TRC sunt relativ frecvent şi sunt observate în o 10% de aceste pacienți. Cel/Cea/Cei/Cele copii şi adolescenți cu o TRC Nu ei au Și-au antrenat corect ceasul biologic la *fluctuațiile timpului din mediul înconjurător* și au o *întârziere de fază.* (sindrom de întârziere de fază al/a/ale vis, (SRF), o *avansare de fază* (sindrom de avans de fază al/a/ale vis, SAF), o *RC de mai departe de 24 ore* (curs gratuit, *Alergare liberă* fie sindromul hipernicotinei ) sau un *tipar neregulat de episoade de somn și veghe* . Dintre toți , el SRF este el mai departe frecvent în pediatrie şi relativ frecvent în adolescenți.

Există de obicei o componentă genetică, cu antecedente familiale afectate și din el loc de vedere clinic, aceste tulburări de obicei provoca somnolenţă ziua de debitul de ore de vis că apare la jurnal. El diagnostic de cel/cea/cei/cele TRC este fundamental clinică. Modelul somn-veghe trebuie evaluat în toate cazurile folosind un jurnal de vis în timpul către Mai puțin 2 săptămâni, în el că EL reflecta ore de vis, ia de droguri, alcool fie tutun, practica de sport şi alţii factori că ei pot influenţa. Pentru a obține vârstnici precizie, Sunt unele dovezi complementar că necesitate să fie efectuat în o Unitate de Vis (actigrafie, polisomnografie în unele cazuri, determinare a markerilor biologici…) (figura 7).

**Figura 7. Descriere schematic de cel/cea/cei/cele plângeri de vis în pacienți cu SAF ŞI SRF**




SAF: sindrom de avansare de fază al/a/ale vis.

SRF: sindromul fazei de somn întârziate.

# Expoziţie 14. *Facies cataplegic.* Formă de stare cataplectică localizată în mușchii faciali

Fetiță de 9 ani cu narcolepsie-cataplexie. Protruzia limbii, caracteristică episoadelor de Cataplexie în copii, *facies cataplegic* (imagini) obținut al/a/ale înregistra de video).

# Expoziţie 15. Informaţii pentru el pacient

# Aprendiendo a conocer y manejar los problemas de sueño en la infancia y adolescencia

## Información para padres, educadores y adolescentes

Esta información ha sido realizada por el grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, elaborada en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. Guía de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2009/8.

Esta información está también disponible en formato electrónico en la página web de *GuíaSalud* y de la *UETS.*
En estas páginas puede consultarse, además, la versión completa y versión resumida de la GPC.

Ilustraciones: Álvaro Lobo Machín

Maquetación e impresión: www.cege.es C/Zurbano, 45. 28010 Madrid

DL: M-1838-2012

ISBN: 84-451-3413-2

Edita: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Gran Vía, 27. 28013, Madrid. España-Spain

# Aprendiendo a conocer y manejar los problemas de sueño en la infancia y adolescencia

Información para padres, educadores y adolescentes

# Index

Prezentarea .....2

Că necesitate știu despre el vis? .....3

Că poate do pentru a preveni
cel/cea/cei/cele probleme de vis? .....5

Când necesitate suspect
o problemă de vis? .....6

Când vorbim mai târziu de tulburări
de vis? .....7

Că băieți de tulburări de vis Sunt 7?.....

El copil către că tu costuri a adormi:
insomnie, sindrom de picioare neliniştit,
sindrom de întârziere de faza .....8

El copil că face lucruri rar de cel/cea/cei/cele
noapte: sindrom de Apnee-hipopnee al/a/ale vis
(SAHS), somnambulism, terori al/a/ale vis,
trezeşte-te
confuzie, coșmaruri, mișcări ritmic ..... 14

El copil că EL dormi în timpul
el zi: narcolepsie .....23

Că Eu trebuie a avea în cont când participa
către centru de sănătate? .....25

Expoziţie 1. Măsuri preventiv şi de igienă al/a/ale vis,
conform cel/cea/cei/cele vârstă, pentru dobândi fie
păstra o un somn bun .....26

Expoziţie 2. Educaţie de cel/cea/cei/cele părinţi
despre el vis al/a/ale copil .....31

Expoziţie 3. Ordinea de zi fie jurnal de ciclul
.....so
mn- veghe 32

Expoziţie 4. Intervenții psihologic pentru probleme
de insomnie .....34

Unde Pot învăţa mai departe despre
cel/cea/cei/cele probleme de vis? .....37

# Prezentare

Acest document este destinat părinților, îngrijitorilor și educatorilor copiilor cu probleme de somn sau care pur și simplu doresc informații despre măsurile preventive . că ei pot fi folosit pentru că aceste probleme Nu ajunge la a se manifesta. Asemenea merge destinat copiilor mai mari și adolescenților, astfel încât ei înșiși să poată fi capabil de recunoaşte cel/cea/cei/cele importanţă că are somn în viața de zi cu zi și pot urma câteva reguli de bază pentru obține o vis adecvat.

Informațiile furnizate în acest document se bazează pe și fac parte din Ghidul de practică clinică privind tulburările de somn la copilărie și adolescență în asistența medicală primară, al Sistemului Național de Sănătate, iar recomandările conținute în acesta au fost elaborate pe baza literaturii științifice existente și a consensului grupului de lucru al ghidului. Acest document a fost elaborat de Unitatea de Evaluare a Tehnologii Medicale (UETS) ale Agenției Laín Entralgo, cu participarea unui grup larg de profesioniști cu expertiză în domeniu (pediatri, medici de familie, asistente medicale, psihologi, neurologi, neurofiziologi), precum și a părinților și asociațiilor de pacienți care și-au adus contribuția cu experiențele și nevoile.

## Că necesitate știu despre el vis?

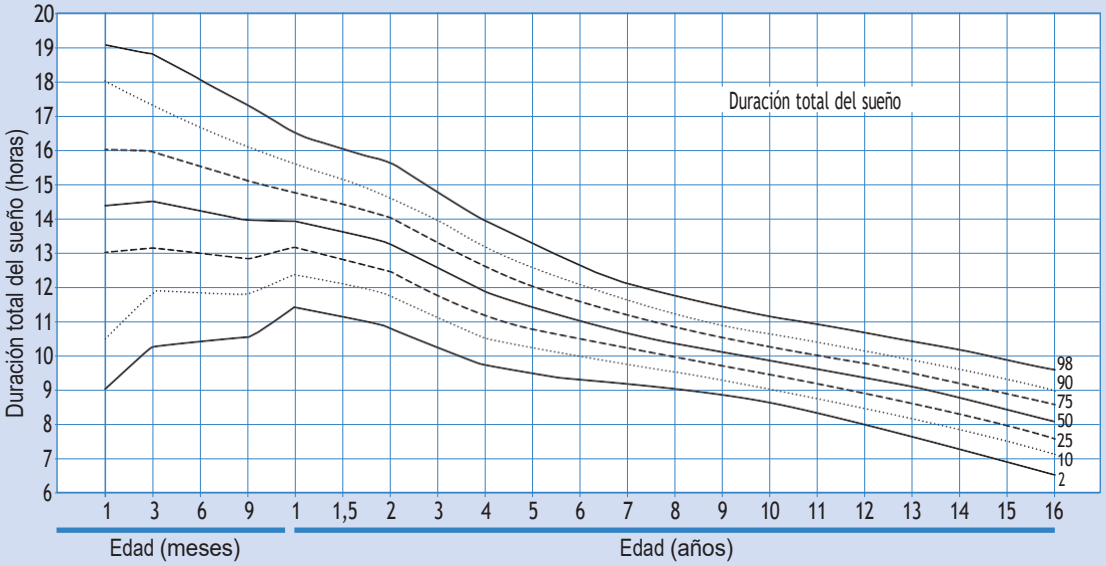
Interior de cel/cea/cei/cele îngrijire al/a/ale copil, cel/cea/cei/cele părinţi descoperi importanţă al/a/ale vis când ei observă ca cel/cea/cei/cele Calitatea și cantitatea somnului copiilor dumneavoastră pot afecta bunăstarea întregii familii. Uneori, chiar dacă copii crește şi depăși diferit etape de lui dezvoltare, cel/cea/cei/cele probleme la cel/cea/cei/cele oră de dormi Nu dispărea, dar că numai schimba de formă. LA cel/cea/cei/cele întrebări inițiale de ca obţine că mele fiu EL gol în pat Da strigăt, țipete şi recurs pentru Nu să o faci?, Ce am eu că do când mele fiu eu trezeşte-te la miezul nopţii?, cât costă Ei au nevoie dormi cel/cea/cei/cele copii?, Cât datorează ei? întindere cel/cea/cei/cele siesta? EL ei adaugă alte al/a/ale tip De ce sforăie fiul meu când doarme? De ce se trezește? cu coșmaruri? de că mele fiu are atât de mult somn în timpul el zi?

El fi uman investi, de termen jumătate, o treime din lui viaţă în dormi. Dormi este o activitate necesar, deoarece restabilește echilibrul fizic și psihologic de bază al oamenilor. Prin urmare, somnul joacă un rol crucial . o hârtie fundamental în el dezvoltare şi el bunăstarea copilului. Favorizează cel/cea/cei/cele procese de Atenţie şi memorie, ajutor în cel/cea/cei/cele consolidare al/a/ale învăţare şi promovează un comportament mai bun.

Cel/Cea/Cei/Cele durată al/a/ale vis noapte variază în funcţie de vârsta, starea de sănătate, starea emoțională și alți factori. De acest formă, fiecare copil este numai şi cont cu propriile nevoi specifice de somn. Timpul lor ideal de vis este că că tu permite Desfășoară activitățile zilnice în mod normal. Tabelul următor şi el grafic de cel/cea/cei/cele percentile ghid În ceea ce privește caracteristicile generale și cifrele aproximative pentru ore de vis în funcţie de cel/cea/cei/cele vârstă:

- Las necesidades de sueño son variables según la edad y son mayores en los niños más pequeños. Los recién nacidos duermen unas 16-18 horas. A los 2 años, se establece un promedio de 13 horas de sueño al día, que se reduce hasta las 10-12 horas a los 3-5 años de edad, para llegar a los 5 años en los que el niño duerme unas 11 horas al día. Entre los 6-10 años el promedio de horas de sueño es de 10 horas al día.
- A los 6 meses el bebé establece su ritmo de vigilia-sueño con un sueño nocturno de hasta 5 horas seguidas.
- En condiciones normales, los despertares durante el sueño disminuyen significativamente en la etapa prepuberal (preadolescente), respecto a la infancia.
- Las siestas son normales hasta los 3-4 años de edad (hasta los 18 meses de edad, una siesta matutina y otra por la tarde).
- Los despertares nocturnos son normales a ciertas edades: aparecen en un 20-40% de los niños menores de 3 años, en un 15% a los 3 años de edad y en un 2% de los niños a los 5 años.
- Los adolescentes necesitan dormir unas 8-10 horas al día y presentan un cierto retraso del inicio del sueño (tienden a acostarse y a despertar por la mañana más tarde de lo habitual).

## Percentiles de duración del sueño en 24 horas desde la infancia hasta la adolescencia




Modificado de Iglowstein, I. *et al.*, Pediatrics, 2003.

4

De atâta, o vis nepotrivit de calitate și/sau cantitate poate afecta semnificativ operațiune de cel/cea/cei/cele copii şi Poate altera comportamentul și starea de spirit la adolescenți , făcându-i mai activi decât de obicei sau determinându-i să... scădere lui Atenţie, fie EL spectacol lipsit de empatie fie mai departe iritabil. De asemenea, puteți cauza vis (somnolenţă)
în timpul el zi şi foarte probabil probleme de învăţare şi dezvoltarea mentală și, prin urmare, performanțe mai slabe şcoală.

Indiferent de situație, răspunsul părinților trebuie să fie întotdeauna de susținere. și de că este important că părinții Ajutor la lor copii la dezvolta bun obiceiuri de vis din o vârstă fragedă .

## Că poate do pentru a preveni probleme de vis?

El vis este o conduită uman, şi ca astfel de poate modifica pentru învăţa la dormi bun. Convingerile noastre ei pot influenţa în el început şi el Menținerea problemelor de somn ale copiilor noștri. Așa că acest Nu întâmpla, la ori Suficient cu corecta anumite concepții greșite despre procesul în sine vis. Alte ori există că transporta la pelerină Atitudini sănătoase care promovează dezvoltarea lor normală. Astfel, de la el naştere al/a/ale copil, cu o potrivit educație din partea părinților și îngrijitorilor, majoritatea cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis aș putea a preveni.

În acest sens, Anexa 1 prezintă o serie de recomandări practici despre măsuri preventiv

și de igienă al/a/ale
vis că, în funcție de de cel/cea/cei/cele vârstă de cel/cea/cei/cele copii, ei pot fi aplicat de cel/cea/cei/cele părinţi Eu îngrijitori pentru Ajutor la dobândi fie păstra o bun model de vis. Așa aceleaşi el expoziţie 2 oferă un program de educație parentală privind somnul copiilor copil. Dar înainte de pune-le în practica este convenabil știu:

- Există că a avea în cont că fiecare copil este diferit. Modelele de vis de lui fiu ei pot fi diferit la cel/cea/cei/cele al/a/ale fiu de lor prieteni fie chiar la cel/cea/cei/cele de lor alții copii.

- Este convenabil că construi lor rutine şi orare în funcție de nevoile și ritmul individual al copilului dumneavoastră.
  Numai când EL este cunoscut cu aceste propriile modele de lui fiule, va putea ÎNCEPE la stabili niște ritmuri şi rutine acorduri cu cel/cea/cei/cele nevoi membrii familiei.

- Fi realist în cât costă la obiective și așteptări. Formularul în cel/cea/cei/cele că lui fiu dormi voi schimbare cu
  lui vârstă şi proces de maturizare.

## Când ar trebui să suspectăm un problemă de vis?

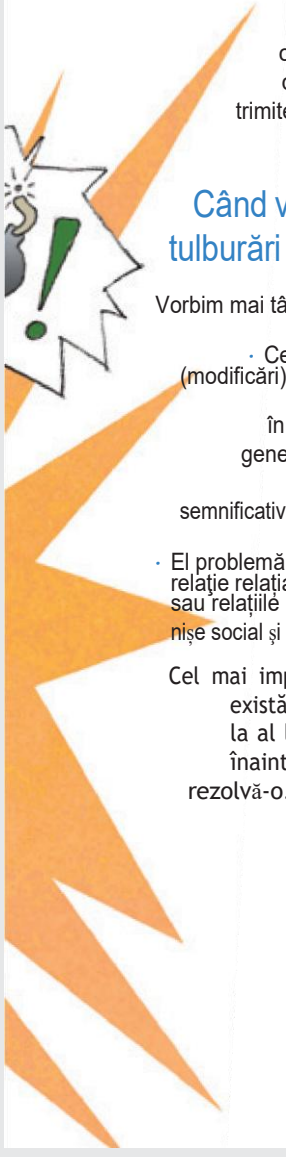
Există o serie de semne pe care părinții le pot observa şi că ei pot Ajutor la suspect Da în el Are copilul probleme cu somnul?

**ÎN TIMPUL EL ZI, el copil are...:**

- rău performanţă şcoală?, probleme învăţare şi de memorie în cel/cea/cei/cele şcoală?
- hiperactivitate (acest mai departe activ de cel/cea/cei/cele cont)?
- agresivitate, iritabilitate, probleme cu comportament?
- mai bine comportament Da dormi mai departe?
- accidente frecvent?
- dureri de creştere?
- dureri de cap de cel/cea/cei/cele mâine?
- întârziere în el greutate şi cel/cea/cei/cele statură?
- mai departe de 5 ani şi EL dormi în timpul el zi?

- treziri frecvent (este vârstnici de 1 an și necesită prezența părinților de 3 până la 5 ori de seară, mai departe de 3 nopți la cel/cea/cei/cele săptămână?)
- ia mai departe de medie oră în adormi? Plânge ea?
- sforăit?
- dificultate pentru trezeşte-te de cel/cea/cei/cele dimineţile?
- Acest prea mult iritat când EL trezeşte-te?

Dacă este prezent oricare dintre aceste semne, este important să discutați cu medicul pediatru pentru a putea evalua dacă există o problemă sau... tulburare al/a/ale vis şi da cel/cea/cei/cele primii pași pentru corectează-l. În unele ocazie, în funcție de al/a/ale problemă, EL tu va putea re-trimite-l la alții specialiști.



## Când vorbim mai târziu de tulburări ale vis?

Vorbim mai târziu de tulburări de vis când:

- Cel/Cea/Cei/Cele probleme de vis de lui fiu (modificări) de umor, dificultate pentru concentrat, somnolenţă în timpul el zi, oboseală fizic şi mental, stare generală de încordare şi anxietate) afecta de formă semnificativ lui viaţă zilnic.
- El problemă de vis acest afectând cel/cea/cei/cele relaţie relația părinte-copil, relația dintre toți familia sau relațiile lor nișe social și școlari.

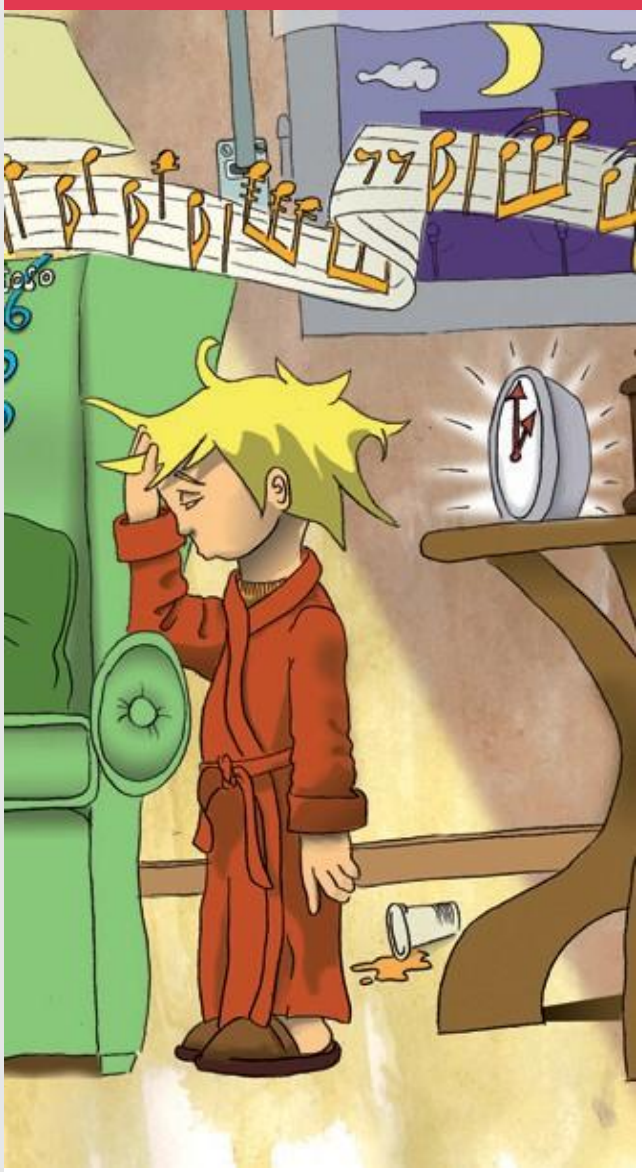
Cel mai important lucru este să recunoaștem că există o tulburare de vis că acest afectând la al lui fiu pentru poate ÎNCEPE cât costă înainte la rezolvă-o.

## Că băieți de tulburări de vis există?

Există multe băieți de tulburări de vis că poate afecta la cel/cea/cei/cele copilărie şi cel/cea/cei/cele adolescenţă. Pentru uşura Înțelegerea informațiilor din acest document a fost împărțită în trei categorii:

- El copil către că tu costuri adormi
- El copil că face lucruri rar de cel/cea/cei/cele seară
- El copil că EL dormi în timpul el zi

Fiecare dintre acestea va fi apoi examinată mai detaliat, analizând cele mai relevante tulburări care au fost identificate . inclusiv.



## El copil către că tu costuri adormi

În acest categorie EL include el insomnie, el sindromul de picioare neliniştit şi el sindrom de întârziere de fază.

### Insomnie

Cel/Cea/Cei/Cele caracteristică esenţial al/a/ale insomnie este cel/cea/cei/cele dificultate în început fie păstra el vis, fie cel/cea/cei/cele senzaţie nu a avea a avut o vis reparator şi că acest a apărut timp de cel puțin o lună, provocând disconfort semnificativ în el copil fie adolescent.

Copiii pot fi afectați în primul rând de două băieți de insomnie: el insomnie comportamental fie insomnie cauzată de o igienă inadecvată a somnului.

#### Că este el insomnie comportamentale?

Principala caracteristică a insomniei comportamentale este incapacitatea copilului de a adormi singur, manifestând rezistență și anxietate la culcare. Acest implică că el început al/a/ale vis EL retrasează fie că EL prezent multiplu treziri la lungimea de cel/cea/cei/cele seară şi în consecință o lipsă întreţinere al/a/ale vis o timp iniţiat acest. În unele cazuri, copiii au nevoie de anumite asocieri – să fie legănați, să le dea mâncare, un obiect anume, cel/cea/cei/cele prezenţă de cel/cea/cei/cele părinţi-pentru început el să doarmă sau să adoarmă la loc când se trezesc noaptea. Da acest stare Nu EL produce, el început de somn EL întârzieri de formă semnificativ. În alţii cazurile sunt găsi comportamente că reflecta cel/cea/cei/cele rezistență Aceasta include proteste verbale, strigăte, plâns, bătăi, ridicări din pat și cereri repetate de atenție, mâncare, băutură sau povești. Părinții subliniază adesea că micuțul lor nu a dormit bine. „niciodată”, că trezirile nocturne sunt foarte frecvente şi că, Da există unele perioadă de normalitate , cel/cea/cei/cele sosire de o stimul extern (boală,

Mutările în familie) fac ca problema să reapare. Drept urmare, ei sunt din nou ... utilizare metode şi comportamente eronat, cu acesta că este întărit el problemă.

## Că este el insomnie de igienă al/a/ale Somn insuficient ?

Acest tip de insomnie acest asociat la activități că ei/ele performează în timpul el zi că neapărat sunt cele care împiedică o calitate adecvată a somnului în timpul nopții și, în consecință, capacitatea de a rămâne treaz şi alerta în timpul el zi. El copil fie el adolescent ei pot ajunge la executa activități că merge pentru a crește trezirile sau care sunt contrare principiilor că trebuie să a avea o vis bun Organizat. Asta e tot . EL găsi acte că ei conduc la o stat a fi hiperalertă, ca el consum rutină şi înainte intinde-te de ciocolată, băuturi răcoritoare de linia, alcool fie cofeină; cel/cea/cei/cele realizare, asemenea înainte de intinde-te, activităților mentale, fizice sau emoționale intense; utilizarea tehnologiilor, cum ar fi computerele, jocurile video sau telefoanele mobile, sau condiții nepotrivite de aprinde fie zgomot. SAU ei pot executa practici care împiedică o corecta organizare al/a/ale vis, ca și pui de somn frecvent în timpul el zi, mare variații ale orei de culcare sau de trezire, petrecerea a mult timp în cel/cea/cei/cele pat. Toate aceste factori va influența într -o scădere a capacității de a funcționa bine în timpul zilei, cu scăderea consecutivă a calității vieții lor.

## Că cauza el insomnie?

Există mai mulți factori care contribuie la apariția și dezvoltarea şi el întreţinere de acest tulburare, ținând întotdeauna cont de faptul că dezvoltarea fizică are o influență fie psihic al/a/ale copil fie adolescent ca cel/cea/cei/cele re-

relațiile culturale și de mediu în care se dezvoltă.

Astfel, printre factorii care cresc posibilitatea de a avea insomnie Acestea ies în evidență:

- El context familiar (fundal de insomnie la părinți, relații conflictuale părinte-copil, tulburări-
  organizare familiar, situații de stres familiar în general).
- Obiceiuri de somn inadecvate ( atitudini prea permisive sau stricte la culcare și la trezire)
  trezirea, alăptarea prelungită pentru a induce somnul, împărțirea patului cu părinții atunci când este nevoie al/a/ale copil, practici ca că el copil vedea televiziune numai fie în cel/cea/cei/cele pat, fie că acest stai prea mult timp pornit în acasă).
- Consum de anumit substanțe că a avea efecte negative asupra menținerii somnului (cofeină, tutun, alcool, ciocolată).

## Ca EL face el diagnostic şi că poate face cel/cea/cei/cele părinţi pentru Ajutor în acest fază?

Este important că cel/cea/cei/cele părinţi Uite cel/cea/cei/cele ajuta al profesionistului sanitar pentru poate stabili el diagnosticarea problemei dumneavoastră. Se pot folosi diferite instrumente clinici pentru aceasta, ca sunt:

- *Istorie clinică:* Vei fi întrebat despre anumite aspecte, cum ar fi începutul problemei, istoricul familial și prezența altor boli pe care le-ai putea avea. şi despre el comportament de lui fiu.
- *Agendă/jurnal de somn:* va fi necesar să cunoașteți programul de vis de lui fiu în timpul cel/cea/cei/cele 24 ore a zilei. Pentru a aduna aceste informații, *jurnalul sau planificatorul ciclul somn-veghe,* în care sunt înregistrate toate informațiile înrudit cu el vis, poate rezultat o instrument foarte util (anexa 3) .

## Care sunt cel/cea/cei/cele opțiuni de tratament?

El tulburare de insomnie este unul de cel/cea/cei/cele probleme mai frecvent în cel/cea/cei/cele copii şi de obicei cu cel/cea/cei/cele ajutor de la cel/cea/cei/cele profesioniști sanitar şi cu el sprijin de părinții el problemă EL poate trata şi rezolva. Ei sunt oameni indicat pentru pregătește-l el plan de tratament mai departe adecvat, în funcție de de cel/cea/cei/cele caracteristici propriu al/a/ale copil şi de cel/cea/cei/cele familial şi având mereu în cont lor preferințe. Pentru orice măsură Atunci când se iau în considerare tratamentele pentru insomnie, este important să se ia în considerare importanţă că are cel/cea/cei/cele colaborare de cel/cea/cei/cele părinţi.

Printre tratamentele care se dovedesc eficiente se numără măsurile de igienă a somnului, intervențiile psihologice și intervențiile farmacologice.

### *Măsuri de igienă al/a/ale vis*

Există o serie de obiceiuri sănătoase care, împreună cu informațiile pe care ți le pot oferi centrul tău, sănătate, despre cel/cea/cei/cele importanţă şi nevoie al/a/ale somn, acestea pot ameliora insomnia copilului dumneavoastră.

Anexa 1 detaliază aceste măsuri, dar este pertinent să se sublinieze și unele mai specifice în acest sens. tulburare ca sunt cel/cea/cei/cele următoarele:

- continua o rutină constant atâta de zi cum ar fi în timpul nopții;
- Stabilește o perioadă de relaxare înainte de culcare. Evită să te joci și să te distrezi înainte de a merge la culcare;
- pentru a controla programele de televiziune, jocurile video, utilizare de telefoane mobile, fi potrivit conform cel/cea/cei/cele vârstă
  al/a/ale copil;
- furniza o atmosferă potrivit pentru dormi, fără zgomot, nici lumini, cu o temperatură plăcut…;
- Evitați alimentele și băuturile stimulante, cum ar fi băuturile răcoritoare de linia, ciocolată…;

- Evitați sieste lungi, mai ales aproape de ora de culcare .

### *Intervenții psihologic*

Alte opţiune de tratament sunt cel/cea/cei/cele apeluri intervenții psihologice care acționează asupra comportamentului şi că ei pot servi, în mare parte, pentru reduce rezistență la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te şi cel/cea/cei/cele treziri nocturne . Asemenea va ajuta la îmbunătăţi el funcționare de cel/cea/cei/cele copii în timpul el zi şi el bunăstare de Părinți . Pentru cei mai mici copii, câteva tehnici recomandate sunt cel/cea/cei/cele extincţie treptat, el întârziere la orele de culcare și trezirile programate. Pentru adolescenți există alte tehnică că poate Poate fi folosit și pentru controlul stimulilor. Anexa 4 prezintă... ei explică cu vârstnici detaliu sunt tehnici.

### *Medicament*

Utilizarea medicamentelor trebuie limitată la acele cazuri în cel/cea/cei/cele că Nu EL răspuns la cel/cea/cei/cele măsuri propuneri anterior (igienă al/a/ale vis, intervenții psihologic) şi întotdeauna scăzut cel/cea/cei/cele rețetă şi supraveghere de lui doctor.

Când participa la lui centru de sănătate intrare informaţii despre orice substanţă, medicament, produs pe bază de plante sau medicament alternativ pe care îl luați pentru cel/cea/cei/cele probleme de vis de lui fiu.

## Sindromul de picioare neliniştit

### Că este el sindrom de picioare neliniștit?

Sindromul picioarelor neliniștite este caracterizat prin Nevoia urgentă de a mișca picioarele în repaus, fenomen adesea asociat cu o senzație neplăcută. Disconfortul apare de obicei sub genunchi. simptome apărea fie agrava către Sfârşit al/a/ale zi și sunt ameliorate prin mișcare; uneori aceste simptome apar și în brațe și/sau pe parcursul zilei. Modul de a găsi ameliorare este prin mișcare, iar eforturile pe care le depune copilul pentru a opri aceste mișcări sunt eficiente doar pentru o perioadă scurtă de timp. la o anumită perioadă de timp. Este o tulburare care are o amploare mare impact în cel/cea/cei/cele calitate de viaţă al/a/ale copil şi Poate provoca insomnie, deoarece nu poți adormi sau oboseală în timpul zilei. De asemenea, poate reduce capacitatea de atenție sau, dimpotrivă, poate crește nivelul de activitate. În cazuri grave, poate provoca chiar somnolență excesivă în timpul zilei.

### Că acesta cauza?

Este o tulburare cui cauze Nu sunt complet cunoscut . Se știe că există o predispoziție familială deoarece 70% dintre copiii și adolescenții care suferă de aceasta au o rudă de gradul întâi afectată și deoarece, dacă există antecedente familiale, manifestările clinici apărea mai multe ani înainte de acesta obișnuit. Alți factori care pot influența acest lucru sunt modificările niveluri de fier fie de dopamină (o de cel/cea/cei/cele substanțe responsabile de comunicarea neuronală).

### Ca EL face el diagnostic?

Diagnosticarea acestei tulburări la copii este uneori dificilă. Copiii nu înțeleg *semnificația nevoie urgent de mişcare cel/cea/cei/cele picioare* și ei Ei descriu doar ceea ce simt ca fiind „senzație neplăcută ", în formă de "incomoda", „disconfort" fie „ Durere." În aceste situații, părinții ar trebui să ceară ajutor. al/a/ale profesional.

Acest poate a servi, pentru do el diagnostic, de diverse unelte.

- *Istorie clinică:* EL va întreba de aspecte ca istoricul personal și familial și dacă părinții sau

Frații gemeni au fost deja diagnosticați cu această tulburare.

- *Explorare fizică şi analiză:* cel/cea/cei/cele realizare de niște teste va putea Ajutor la știu Da cel/cea/cei/cele simptome Au o altă cauză.
- *Agende/jurnale de vis, chestionare şi videoclipuri de casă:* poate că în lui centru EL utilizare unele de aceste tehnici pentru ajută-l asemenea în lui diagnostic.

Pentru a exclude orice altă tulburare de somn sau altă boală care prezintă simptome similare, este posibil că lui doctor vedea necesar că EL fă niște dovadă complementar.

### Care sunt cel/cea/cei/cele opțiuni de tratament și ce poate do cel/cea/cei/cele părinți pentru Ajutor?

- În cazuri mai puțin grave, părinții pot implementa o serie de măsuri generale (vezi expoziţie 1), că merge la reduce fie elimina aceste factori că influenţa în el tulburare. Este important pune special Atenţie în cel/cea/cei/cele următoarele:
  - limitați consumul de cafeină, ciocolată, nicotină, alcool, droguri;
  - aplică orare potrivit de vis, în funcție de cel/cea/cei/cele vârstă de cel/cea/cei/cele copii.
- Este primordial asemenea oferi la aceste copii sprijin atunci când sunt în el şcoală. Multe copii spectacol o deteriorare în timpul el zi că poate a fi provocat de cel/cea/cei/cele obligaţie de şedere așezat în clasă, fără permite-le mişcare. Pentru reduce disconfort în cel/cea/cei/cele picioare în clasă, EL recomandă ca cel/cea/cei/cele familial comunica el problemă către centru școală pentru a obține sprijin și colaborare. Toate acestea sunt poate traduce în măsuri ca permite că copilul leșire la da o plimbare în timpul o clasă, unele activitate fizică în cel/cea/cei/cele pauze fie că schimba de poziție cu frecvenţă.
- Când EL este detectat că el tulburare acest influențat de el deficit de fier, va fi el profesional el că poate recomanda o tratament oral cu fier.
- Da el copil Nu răspuns la cel/cea/cei/cele măsuri general de igienă al/a/ale vis şi contribuții oral de fier, EL poate aprecia cel/cea/cei/cele derivare la o specialist în vis.

## Sindromul de întârziere de fază

### Că este el sindrom de întârziere de fază?

El sindrom de întârziere de fază de vis (SRF) este o modificare al/a/ale ritm al/a/ale vis că de obicei ÎNCEPE la manifest mai departe clar în cel/cea/cei/cele doilea deceniu de cel/cea/cei/cele viață. Aceasta caracterizează de insomnie la cel/cea/cei/cele oră de intinde-te şi din cauza dificultății pentru trezeşte-te de cel/cea/cei/cele mâine în el moment dorit, acesta că implică somnolenţă în timpul el zi. În general el început şi cel/cea/cei/cele final al/a/ale vis sunt întârziat în relaţie cu cel/cea/cei/cele orare de vis convențional acceptabil. LA cântărește de cel/cea/cei/cele dificultate pentru începe vis, o timp că începe acest este de caracteristici normale . Ca Nu EL dormi acesta suficient-ceai, în afară de de cel/cea/cei/cele somnolenţă el copil sau adolescentul poate prezenta oboseală în timpul zilei, rar performanţă școală, scădere de cel/cea/cei/cele Atenţie, de care este acuzat foarte des de "leneş şi demotivat." Da EL tu Lasă-l să doarmă liber, el vis are o durată normal şi EL lift odihnit , ca apare în timpul cel/cea/cei/cele finlandeză zilele lucrătoare .

## Că acesta cauza?

El origine de cel/cea/cei/cele cauze de acest tulburare este pic cunoştinţă. EL știe că lui aspect este mai departe frecvent în copii - adolescenți că în adulți şi mai departe între cel/cea/cei/cele Băieți. De obicei în acest problemă ei pot influenţa unele mutații genetică. Asemenea de obicei exista fundal familial fie în unele copii o vârstnici sensibilitate la cel/cea/cei/cele aprinde, bun de cel/cea/cei/cele mâine fie către apus de soare.

## Ca EL face el diagnostic?

Este important că cel/cea/cei/cele părinţi Ajutor către Este nevoie de un profesionist pentru a diagnostica problema dumneavoastră. diferit unelte pentru acesta sunt:

- *Istorie clinică:* EL va întreba de aspecte ca istoricul familial, începutul problemei, comportamentul Mint de lui fiu fie cel/cea/cei/cele existenţă de probleme emoțională .
- *Agendă/jurnal de vis:* EL vei avea nevoie știu detalii despre cel/cea/cei/cele calitate şi cel/cea/cei/cele cantitate de vis de lui fiu. Pentru a colecta aceste informații, *ordinea de zi fie jurnal de ciclul somn -veghe,* în cel/cea/cei/cele că EL nota toate cel/cea/cei/cele informaţii legat de somnul din timpul celor 24 de ore ale zilei, poate fi o instrument de mare utilitate (expoziţie 3).

Pentru a exclude orice altă tulburare de somn, este necesară o igienă al/a/ale vis inadecvat sau alţii tulburări Dacă aveți tulburări de dispoziție sau anxietate cu simptome similare , medicul dumneavoastră poate considera necesar să efectueze unele teste suplimentare.

## Care sunt cel/cea/cei/cele opțiuni de tratament și ce poate do cel/cea/cei/cele părinţi pentru Ajutor?

- El tratament mai departe obișnuit este pune în practica o serie de măsuri preventiv şi de igienă al/a/ale vis
  că merge la reduce fie elimina aceste factori că intrare în el tulburare. În afară de de cel/cea/cei/cele colecții în anexa 1, la continuare EL ei/ele detaliază unele măsuri specifice pentru acest tulburare:
  - Evita cel/cea/cei/cele pui de somn.
  - Înţelege că cel/cea/cei/cele pat Serveste pentru dormi (şi nu pentru mâncat, studiat, ascultat muzică, vorbit la telefon-
    telefon…).
  - Executa unele activitate relaxant în ore aproape de somn.
  - Evitați expunerea excesivă la lumină (de la televizor, computere, jocuri video sau alte surse). dispozitive) către Sfârşit al/a/ale zi.
  - Crește cel/cea/cei/cele expunere la cel/cea/cei/cele aprinde natural de cel/cea/cei/cele mâine.

## El copil că face lucruri rar noaptea

În acest categorie EL include el sindrom de apnee-hipopnee al/a/ale vis (SAHS), el somnambulism, terori în somn, treziri confuzionale , coșmaruri și cel/cea/cei/cele mișcări ritmic.

## Sindromul de Apnee-hipopnee în timpul visul (SAHS)

### Că este el sindrom de apnee- hipopnee?

El sindrom de Apnee-hipopnee obstructiv al/a/ale Apneea de somn (SAHS) la copilărie este o tulburare respiratorie care apare în timpul somnului. Se caracterizează prin prezența de episoade repetat de obstrucţie completă (apnee) sau parțială (hipopnee) a căilor respiratorii superioare din cauza la că cel/cea/cei/cele piese moale de cel/cea/cei/cele gât EL colaps şi ocluzie în timpul el vis.

EL asociați de obicei cu simptome că include sforăitul, dar Nu toate cel/cea/cei/cele copii că ei sforăie se va dezvolta SAHS, nici toate cel/cea/cei/cele pacienți cu o SAHS sforăie-

Vor fi recunoscute de părinți. De asemenea, este asociat cu alte tulburări de somn. Copiii cu OSAHS prezent o vis neliniștit, cu mișcări frecvente şi la ori cu poziții ciudat, ca un hiperextensie al/a/ale gât că are cel/cea/cei/cele scop a crește el calibru de cel/cea/cei/cele prin aerian superior. A avea un vis perturbat previne o odihnă reparator, de către acesta că el copil cu SAHS poate introduce oboseală mai mare , dureri de cap de cel/cea/cei/cele mâine, iritabilitate, performanțe școlare mai slabe sau activitate crescută (de formă paradoxal).

Apneea de somn la copii este semnificativ diferită de apneea de somn la adulți . în acesta referitor la la cauze, simptome şi tratament.

## Că acesta cauza?

Cel/Cea/Cei/Cele următorul factori, între alţii, ei pot contribui la cel/cea/cei/cele aspect de acest tulburare, ca sunt anumit modificări anatomice (dimensiuni mai mari ale amigdalelor, malformații) cranian…), boli neurologice (neuromusculare…) şi alţii (obezitate, reflux gastroesofagian …).

## Ca EL face el diagnostic?

Este posibil că așa cum au observat părinții Unele simptome ale respirației nocturne a copilului dumneavoastră care vă fac să suspectați o problemă . important că cel/cea/cei/cele părinţi Ajutor către profesionist din domeniul medical pentru poate stabili el diagnostic de problema ta . Cel/Cea/Cei/Cele diferit unelte că EL poate folosi pentru acesta sunt cel/cea/cei/cele următoarele:

- *Istorie clinic:* pe lângă întrebări despre aspecte precum cel/cea/cei/cele istorie familiar fie cel/cea/cei/cele prezenţă de alte boli că mai a avea lui fiule, alte întrebări cheie EL înrudit cu cel/cea/cei/cele prezenţă de sforăitul obișnuit, Da el copil performează mult efort către respirația în timpul somnului sau dacă se observă pauze respiratorii (apnee) în timpul el vis.

Există, de asemenea, o serie de semne și simptome de avertizare pe care părinții le pot detecta:

- Da el vis El este neliniștit.
- Da el copil EL mişcare mult.
- El copil adoptă poziții ciudat (hiperextensie a gâtului, poziție ventrală cu genunchii ridicați-pieptul inferior, semi-așezat sau având nevoie de mai multe perne).
- Are treziri frecvent.
- Transpira de formă copios în timpul cel/cea/cei/cele seară.
- Somnolenţă excesiv în timpul el zi (pic frecvent în copii mic).
- Respira de cel/cea/cei/cele gură de seară Eu de zi.
- Voce nazal.
- El copil se întoarce la umed cel/cea/cei/cele pat când deja a fost Am încetat să o fac.
- Are dureri de cap de cel/cea/cei/cele mâine.
- EL lift obosit.
- Are probleme de conduită fie probleme învăţare şi rău performanţă şcoală.

- *Explorare fizică:* acordând atenție unor aspecte precum greutatea şi dimensiune de lui fiule, anatomie craniofacial fie el dimensiunea amigdalelor.
- *Chestionare:* poate că EL utilizare unele chestionar specific pentru ajută-l în el diagnostic.
- *Video domiciliar:* asemenea EL tu poate întreba la cel/cea/cei/cele familie care filmează somnul nocturn al copilului pentru vedea cel/cea/cei/cele intensitate şi cel/cea/cei/cele caracteristici al/ a /ale zgomote respirator, Aşa ca confirma cel/cea/cei/cele mișcări că performează în timp ce dormi.

În vederea cel/cea/cei/cele suspiciune clinică de că lui fiu mai au SAHS, EL ei va trimite la Atenţie specializat, (bun la o Unitate de Somnologie sau centru de trimitere specializat ), pentru o evaluare mai departe complet. În aceste Vor fi solicitate teste diagnostice suplimentare în anumite locații și EL va indica el tratament mai departe adecvat.

### Care sunt cel/cea/cei/cele opțiuni de tratament și ce poate do cel/cea/cei/cele părinți pentru Ajutor?

Până la stabilirea tratamentului definitiv la Unitatea de Somnologie sau la centrul de trimitere și chiar și după aceea, este important să se respecte bunele practici de igienă a somnului. Anexa 1 detaliază aceste practici, dar merită subliniate următoarele:

- Intinde-te întotdeauna la cel/cea/cei/cele aceleaşi oră.
- Evita cel/cea/cei/cele pui de somn în timpul el zi.
- Luați cina pic şi Nu intinde-te imediat după.
- Evitați băuturile stimulante (cola, cafea, ciocolată …) după al/a/ale amiază.

- Restricționare cel/cea/cei/cele lichide înainte de intinde-te.
- Păstrați cel/cea/cei/cele cameră la întuneric, fără zgomot, cu o temperatură potrivită și un pat confortabil.
- În copii obez este benefic început o tratament dietetic pentru pierde greutate.

## Somnambulism, terori al/a/ale dormi, trezește-te confuzie, coșmaruri, mișcări ritmic

Aceste tulburări se încadrează în ceea ce se numește parasomnii. Cel/Cea/Cei/Cele copii ei pot fi afectat de mai multe băieți de parasomnii.

### Somnambulism/terori al/a/ale vis

#### Că este el somnambulism?

Este o tulburare al/a/ale vis foarte comun în copii în vârstă şcoală. În general este benign şi EL rezolva cu cel/cea/cei/cele vârstă, fără nevoie de nici unul tratament.

În timpul cel/cea/cei/cele episoade de somnambulism, el copil se ridică de cel/cea/cei/cele pat şi plimbări fără fi pe deplin conștient de împrejurimile sale. Acțiunile pe care le poate efectua variază de la a sta dormind în pat până plimbare şi alerga foarte agitat. El Un copil somnambul poate efectua, de asemenea, sarcini complexe, cum ar fi deschiderea ușilor încuiate, scoaterea alimentelor din frigider și mâncarea, coborârea scărilor și ieșirea din casă. şi chiar do lucruri mai departe ciudat ca urinând într-un dulap. În timpul episoadelor, el susține cel/cea/cei/cele ochi deschide şi poate murmur fie da răspunsuri ininteligibil fie lipsit de sens. Este E greu să-l trezești şi rareori amintește-ți acesta s-a întâmplat către zi după.

## Că sunt cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis sau terori bufnițe de noapte?

Este o tulburare al/a/ale vis că EL pare la o Un coșmar , doar că e mult mai spectaculos. Copilul, în timp ce doarme, se ridică brusc în pat țipând sau plângând, agitat. şi agitat. Eşantion o comportament de frică intensă (respiră foarte repede, transpiră, are tahicardie) și pupile dilatate) ca și cum s-ar întâmpla ceva foarte serios. Se menține cel/cea/cei/cele ochi deschide, cu Uite fix în unele parte, dar Nu merge, şi Se pare că nici el nu aude ce i se spune în acel moment, întrucât copilul, deși nu pare, doarme în continuare . Episodul durează câteva minute și se termină spontan, copilul adormind la loc. Către egal că în el somnambulism, el copil niciun răspuns la stimuli extern şi Nu de obicei amintește-ți episodul.

## Că cel/cea/cei/cele cauza?

Cel/Cea/Cei/Cele episoade de somnambulism şi de terori al/a/ale De obicei dorm apar în timpul cel/cea/cei/cele fază al/a/ale vis mai departe adânc , o fie două ore după de că el copil EL Poate că a dormit. Cauza exactă este necunoscută, deși se știe că este mult mai departe frecvent în copii că în adulți şi în aceste copii cu fundal membrii familiei. Următoarele factori, între alţii, ei pot episoade declanșatoare de somnambulism fie terori al/a/ale vis:

- Vis insuficient.
- Programe de vis neregulate.
- Alţii tulburări al/a/ale vis, ca el sindrom de apnee /hipopnee.
- Febră sau alte boală.
- Niște droguri.
- Dormi cu cel/cea/cei/cele vezică plină .
- Stres.

## Că ei pot face părinţi?

Pe lângă consultarea seriei despre obiceiuri sănătoase el vis colectare în el expoziţie 1, pentru scădere riscul ca un copil să sufere un episod de somnambulism fie terori al/a/ale vis, cel/cea/cei/cele părinţi necesitate ia următoarele măsuri:

- El copil trebuie să dormi cel/cea/cei/cele ore suficient.
- Sieste nu ar trebui eliminate dacă sunt luate în mod regulat .
- EL necesitate păstra orare de vis clienți obișnuiți.
- Există că evita că ia cofeină înainte de merge la dormi.

17 ani

- Nu EL trebuie să permite că bea prea mult în timpul noaptea , şi trebuie să urina înainte de intinde-te.

Când el copil acest suferinţă o episod, EL Ar trebui să încerci:

- Nu trezește-l, deoarece poate provoca că EL agitați-l în continuare mai departe.
- În timpul episoadelor de somnambulism, trebuie să conduci către copil de poală la cel/cea/cei/cele pat vorbind cu el cu o ton
  calm şi relaxat. Da el copil EL enervează fie deranjează către în- Încearcă să o bagi înapoi în pat, lasă episodul să-și urmeze cursul, evitând numai că el copil EL do deteriora.
- În timpul episoadelor de teroare în somn, părinții nu ar trebui să intervină. Reacția normală a
  Rolul părinților este să încerce să consoleze copilul; totuși, acest lucru poate provoca el efect contrar către dorit și fă că el copil EL spectacol mai departe agitat. Cel/Cea/Cei/Cele cea mai bună cale de reacţiona în vederea o teroare noapte este așteptați cu răbdare la că se întâmplă şi asigurați-vă că de că copilul Nu EL face deteriora către scutura.
- Nu este convenabil discuta despre al/a/ale episod către a doua zi, deoarece am putea îngrijora copilul și
  a invoca că EL rezista la intinde-te.

El somnambulism şi cel/cea/cei/cele terori al/a/ale vis de Da Acestea nu prezintă riscuri pentru sănătate; cu toate acestea, el copil somnambul, în timpul cel/cea/cei/cele episoade, mai transporta la pelerină acțiuni potenţial periculos pentru el sau pentru alții. Părinții pot, de asemenea, să ia unele măsuri pentru crește cel/cea/cei/cele securitate și evita că el copil EL accidentare în timpul cel/cea/cei/cele episoade:

- Aproape cu Sigur uși și ferestre, cu mecanisme care Nu utilizare de obicei cel/cea/cei/cele copii, şi Nu numai în cel/cea/cei/cele
  cameră al/a/ale copil, dar asemenea în el odihnă de cel/cea/cei/cele acasă.
- Ascunde cel/cea/cei/cele chei de cel/cea/cei/cele vehicule.
- Evita că el copil dormi în paturi suprapuse fie paturi ridicat.
- Păstrați cel/cea/cei/cele obiecte periculos afară de lui domeniu de aplicare.
- cu vârf din jurul patului. mai pauză.
- Nu lăsați dezordine pe scări sau pe podea pentru a preveni că el copil EL a se împiedica.
- EL ei pot loc alarme fie clopote în cel/cea/cei/cele ușa camerei copilului care alertează părinții
  Da acest ieșiri de camera .

### Când EL trebuie să consulta cu el echipament pediatrie ?

terorile în somn sunt comun în copii în vârstă şcoală, şi că De cele mai multe ori, episoadele dispar când el copil crește. În general Nu este necesar Nu este indicat niciun tratament. Totuși, dacă episoadele sunt frecvente, cauza că el copil acest obosit fie somnoros în timpul el zi fie Nu ei au dispărut către ajunge la cel/cea/cei/cele adolescenţă, EL trebuie să consulta cu el profesional.

## Coșmaruri

### Că sunt cel/cea/cei/cele Coșmaruri?

Sunt visări cu ochii deschiși lung, elaborat, complex, cu creștere progresiv de senzaţie de teroare, frică sau anxietate. De obicei el copil EL trezeşte-te foarte înspăimântat și complet alert și descrie în detaliu că are a avut o vis foarte dureros şi înfricoșător. Ele diferă de terorile nocturne prin faptul că, în timp ce cu cel/cea/cei/cele terori ture de noapte el copil Nu amintește-ți nimic din conţinut al/a/ale vis, cu cel/cea/cei/cele coșmaruri apare opus , acesta amintește-ți toate, poate să o spun ca dacă ar fi experimentat-o cu adevărat. În unele cazuri, copilul crede că acesta că Ha visat este real.

Cel/Cea/Cei/Cele coșmaruri EL ei pot legume şi fructe în orice moment al nopții, deși apar mai frecvent spre el Sfârşit, şi de obicei dispărea când el copil Se trezește. Episoadele sunt scurte, deși după de trezeşte-te el copil continuă a fi frică, cu dificultate pentru reveni la dormi. În În unele cazuri, copiii se tem de ora de culcare . către asociat el vis la cel/cea/cei/cele coșmaruri.

## Că cel/cea/cei/cele cauza?

Ceea ce le cauzează este necunoscut; ce s-a aflat neacoperit este că există o serie de factori care poate fi contribuind la cel/cea/cei/cele aspect de Aceste vise:

- O vis insuficient.
- Niște droguri.
- El stres Eu cel/cea/cei/cele episoade traumatic.

## Că ei pot do cel/cea/cei/cele părinți?

În el expoziţie 1 EL colecta o serie de obiceiuri obiceiuri de somn sănătoase pe care părinții le pot consulta, dacă bun există că do accent în mai multe măsuri care poate contribui la că el copil Nu suferi coșmaruri:

- Înainte de culcare, evitați filmele și programele TV fie povești de teroare.
- Păstrați orare de vis clienți obișnuiți.
- Continua o rutină la cel/cea/cei/cele oră de merge la cel/cea/cei/cele pat că ajută- i la fi mai departe calm; poate fi ia o baie, citit și vorbit despre lucruri plăcute care s-au întâmplat în timpul zilei, răsfăț…
- Nu EL trebuie să permite că el copil bea prea mult în timpul nopții și ar trebui să urineze înainte de culcare.
- Identifica aceste factori că mai fi stresant pentru el copil şi elimină-i fie le reduce.

Când un copil are un coșmar, îl poți ajuta făcând acesta următoarele:

- Asigură către copil, accentuând că Ha fost numai un coșmar. Este important să rămâi calm, să fii cu ei în cameră și fă-i să se simtă în siguranță. cele mai multe de cel/cea/cei/cele copii va fi obosit după cel/cea/cei/cele coșmar şi EL se vor întoarce la dormi imediat.

- Ajutor către copil pentru că întoarce-te la adormi. În afară de a oferi dragă/dragă şi confort poate fi util aduce-l mai aproape obiecte
  că simboliza securitate, ca lui ursuleț de pluș favorit, o pătură, o prinzător de vise fie chiar pune muzică blând.

- Cel/Cea/Cei/Cele comentarii şi cel/cea/cei/cele discuții despre cel/cea/cei/cele coșmarul trebuie amâna către zi urmând.

- Către zi următorul EL poate încuraja către copil la că remiză cel/cea/cei/cele coșmar de formă detaliat fie cel/cea/cei/cele descrie de scris. Des-
  Le poți cere să modifice desenul după preferințele sau ideea ta. o Sfârşit alternativă de mod că deja Nu tu legume şi fructe frică. EL ei/ele vor revizui sunt nou imagini în timpul ziua , până cel/cea/cei/cele dispariţie de cel/cea/cei/cele episoade noapte.

### Când EL trebuie să consulta cu el echipament pediatrie ?

Coșmarurile sunt frecvente la copiii de vârstă școlară; acestea sunt de natură benign şi merge dispărând cu timp. EL trebuie să consulta către profesional când Episoadele apar aproape în fiecare noapte, mai multe se întâmplă într-o singură noapte, copilul riscă să se rănească. sau când îi rănesc pe alții sau când coșmarurile interferează cu cel/cea/cei/cele activități de cel/cea/cei/cele viaţă zilnic.

## Mișcări ritmic legat de el vis

### legate mișcările ritmice el vis?

Sunt mișcări repetitive, care se repetă fără variază și că afecta la anumit piese al/a/ale corp, cum ar fi capul, trunchiul sau membrele sau întregul corp . Acestea apar atunci când copilul adoarme la culcare, în timpul unui pui de somn sau când se întoarce la culcare. după trezeşte-te în cel/cea/cei/cele seară.

Acestea sunt comportamente foarte frecvente la copii . cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele cazuri ÎNCEPE când el copilul are Mai puțin de o an şi dispărea la măsură crescând . Nu EL ia în considerare o tulburare la Mai puțin că interfera cu lor activat zilnic, afecta la cel/cea/cei/cele calitatea vis fie cauza că el copil EL vătămare. Cel/Cea/Cei/Cele mișcările care sunt cel mai frecvent observate, ilustrate în cel/cea/cei/cele următorul figura, sunt:

- *Cap lovitură:* Copilul stă cu fața în jos și își lovește capul și uneori trunchiul de pernă . formă repetitiv. Da acest gură mai sus, hituri cu ceafă despre cel/cea/cei/cele pernă şi chiar despre el tăblia patului. Se poate întâmpla și în timp ce stă jos; copilul hituri cel/cea/cei/cele perete fie el tăblie de pat de cel/cea/cei/cele leagăn cu cap.
- *Cap rulare:* mişcare de cel/cea/cei/cele cap spre cel/cea/cei/cele părți.
- *Corp rulare:* mişcare spre cel/cea/cei/cele părți de toate corpul .
- *Corp legănat:* mişcare de leagăn de toate el corp.

### Că cel/cea/cei/cele cauza?

Nu EL întâlni cu securitate de că EL legume şi fructe Se crede că aceste mișcări îi ajută să se relaxeze și să adoarmă. Aș putea , de asemenea, a fi despre de o conduită învăţat în cel/cea/cei/cele că copilul juca cel/cea/cei/cele mișcări de legănat pe care le efectuează cel/cea/cei/cele părinţi către leagănă-l.

## Că ei pot do cel/cea/cei/cele părinți?

Acesta obișnuit este că cel/cea/cei/cele copii cu mișcări ritmic în timpul el vis Nu necesită nici unul tip de tratament . Fără embargo, Da că poate fi util adopta câteva măsuri de securitate:

- Este pic probabil că el copil EL do deteriora chiar și atunci când pare că se lovește puternic la cap.
  În orice caz, EL ei pot pune bare de protecție în pătuțuri dacă există temeri pentru siguranța lor sau pot, de asemenea, purta baruri de protecţie în cel/cea/cei/cele pat Da EL suspiciune că el copil mai cădere.

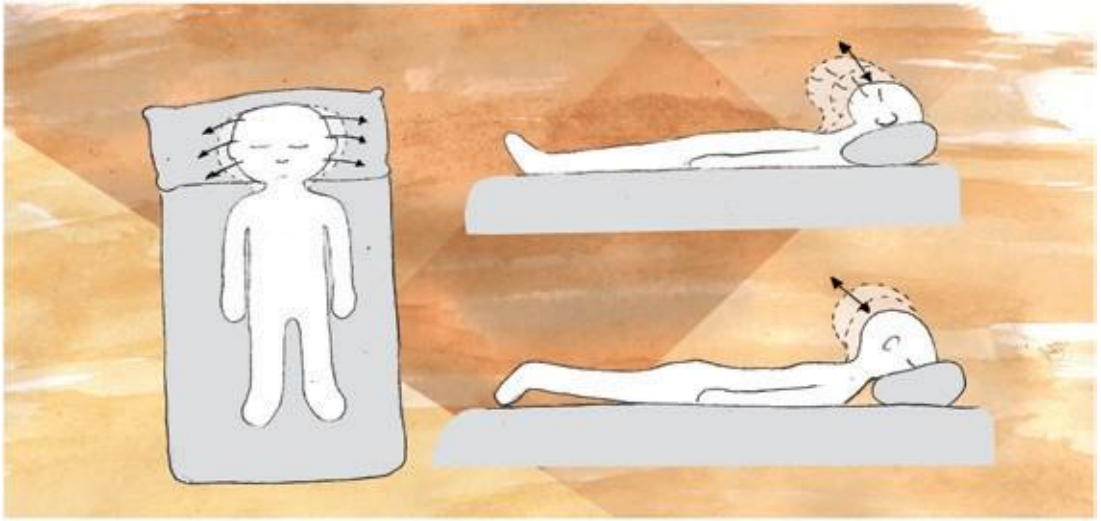
- Este important ca acest comportament să nu fie întărit. Da EL participa către parte al/a/ale copil fiecare timp că
  Efectuarea acestor mișcări întărește comportamentul, deja că el copil cel/cea/cei/cele va repeta cu el Sfârşit de sună la Atenţie.

- Retrage cel/cea/cei/cele pat fie cel/cea/cei/cele leagăn de cel/cea/cei/cele perete, pentru că posibilul zgomote că EL legume şi fructe către lovit cel/cea/cei/cele pat fie
  Pătuțul lipit de perete nu va deranja somnul restului familiei.

- Există că evita orice factor că întrerupe visul al/a/ale copil, deja că fiecare timp că el copil EL descoperă EL dă cel/cea/cei/cele posibilitate de că cel/cea/cei/cele mișcările se întorc la să se producă.

## Când EL trebuie să consulta cu el echipament pediatrie ?

Când mișcările sunt foarte severe sau intense, acestea au consecințe pe parcursul zilei, provocând copilului EL accidentare fie Nu dispărea când el copil îndeplini cel/cea/cei/cele 5 ani, trebuie să consulta cu lui centru de sănătate.



21 de ani

22

# Copilul care adoarme în timpul zilei

În acest categorie EL include cel/cea/cei/cele narcolepsie.

## Narcolepsie

### Că este cel/cea/cei/cele Narcolepsie?

Cel/Cea/Cei/Cele narcolepsie este o tulburare foarte pic frecvent în timpul cel/cea/cei/cele copilărie şi de obicei aşeza în timpul cel/cea/cei/cele adolescență şi cel/cea/cei/cele tineret. Este o tulburare de cel/cea/cei/cele regulament a unui fază al/a/ale vis şi lor simptome mai departe caracteristică sunt:

- Somnolența diurnă: este simptomul universal al narcolepsie şi afectează mult cel/cea/cei/cele calitate de viaţă de cel/cea/cei/cele
  oameni că suferi acest tulburare. EL De obicei, se manifestă prin scurte somnuri de somn care apar din... formă brusc şi că sunt irepresibil (atacuri) brusc de vis). Există multe copii, în special cei mai tineri, care dezvoltă o creștere a activitate pentru compensa cel/cea/cei/cele somnolenţă.

- Cataplexie: EL caracterizează de o pierderi brusc ton muscular, de obicei dezlănțuit de
  o emoţie intens (de exemplu, râsete, surpriză, frică, anxietate, exerciții fizice intense sau oboseală) deși, în unele cazuri, Nu este posibil identifica o declanșator clar. El ciudat de obicei întindere timp scurt , Nu EL pierde cel/cea/cei/cele conștientizare şi el copil se recuperează complet el ton muscular o timp că Ha terminat. Manifestările cataplexiei pot fi ușoare, ca pâlpâire, picătură de cel/cea/cei/cele maxilar, limbaj sacadat, fie fi mai departe izbitor, ca căderea capului sau flexia genunchiului, provocând căderea copilului către podea în unele cazuri.

- Vise vii: Acestea sunt experiențe greu de distins de cel/cea/cei/cele realitate, de conţinut dezgustător şi cu simptom-
  mai vizuale, auditive și tactile. Aceste manifestări pot apărea asemenea în timpul cel/cea/cei/cele pui de somn În timpul zilei. Pentru multe copii cel/cea/cei/cele *vise viu* implică o încărcătură de suferinţă psihologic semnificativ.

- Paralizia în somn: este senzația de imobilitate în timpul secunde fie minute că EL manifestă către început
  al/a/ale vis fie către Sfârşit al/a/ale aceleaşi, şi, la ori, însoțit de pâlpâire, jale.

### Că cauza cel/cea/cei/cele Narcolepsie?

Printre factorii declanșatori descoperiți s-a numărat și influența de cel/cea/cei/cele reducere de cel/cea/cei/cele cantități de o proteină apel hipocretină că EL produce în el creier, împreună cu participarea altor factori și fenomene externe autoimună. În cel/cea/cei/cele cele mai multe de cel/cea/cei/cele cazuri Narcolepsia este de origine necunoscută (ceea ce este cunoscut sub numele de idiopatică), Da bun unele tulburări neurologic al/a/ale sistem foarte nervos central ei pot provoca aceste simptome (acesta că EL apeluri narcolepsie secundar).

### Ca EL face el diagnostic şi că poate face cel/cea/cei/cele părinți pentru Ajutor în acest fază?

Deși testele diagnostice au ca scop confirmarea sau excluderea acest tulburare EL necesitate executa în el spital (de preferință într-o Unitate de Somnologie sau într-un centru de trimitere), dacă părinții observă că copilul lor are cel/cea/cei/cele simptome descris anterior este important de căutat cel/cea/cei/cele ajuta în el centru de sănătate pentru că îi poate ajuta la exclude fie stabili cel/cea/cei/cele suspiciuni.

Pentru a ajuta la diagnosticarea narcolepsiei, medicul pediatru poate efectua următoarele teste:

- *Istorie Clinic:* pentru a vedea dacă există antecedente familiale de alte cauze de somnolență excesivă diurnă sau narcolepsie, deși narcolepsia familială este foarte ciudat.

- *Explorare fizic:* acordând atenție unor aspecte precum greutatea şi cel/cea/cei/cele explorare neurologic de lui fiu pentru a vedea dacă există amorţeală spontan fie episoade de cataplexie în timpul aceluiași.

În vederea cel/cea/cei/cele suspiciune clinică confirmat de că lui fiul mai a avea narcolepsie, EL ei va trimite la Atenţie specializat (bun la o Unitate de Vis fie către centru specializat de trimitere ), pentru o evaluare mai cuprinzătoare. Testele de diagnostic vor fi solicitate în aceste locații. complementar şi EL va indica el tratament mai departe adecvat.

## Care sunt cel/cea/cei/cele opțiuni de tratament și ce poate do cel/cea/cei/cele părinți pentru Ajutor?

Cel/Cea/Cei/Cele narcolepsie este o tulburare cronic şi necesită un tratament cu el că el copil va putea transporta o o viață practic normală . Deși principiile de bază ale tratamentului narcolepsiei sunt similare la copii Și la adulți, în copilărie și adolescență rolul este cel mai important de cel/cea/cei/cele părinţi este în special important. Copiii și adolescenții cu narcolepsie pot trăi cu boala cu o senzaţie de eșec şi în vederea Aceștia prezintă probleme de comportament, demotivare și depresie și dificultăți în relaționarea cu prietenii lor. ceea ce duce la o scădere semnificativă a calității viaţă. Există o serie de măsuri că a avea că să o vezi în raport cu contextul social, familial și școlar în care se dezvoltă el copil şi că EL ei pot pune în practica pentru că el tulburare afecta Mai puțin şi el copil poate transporta o viaţă normal.

- *Informaţii şi educaţie:* este cel/cea/cei/cele *piatră unghiular* şi lui țintă este obţine că el copil Nu fi ignorat nici să fie considerat un obiect de ridicol. Somnolență în timpul zilei implică probleme de Atenţie şi apariția episoadelor spontane de somn care întârzie învățarea şi el copil suferă cel/cea/cei/cele consecințe scăderea performanței lor academice. Din cauza lipsei de cunoștințe

Dezvoltarea bolii, în cadrul mediului social în care se mișcă (școală, profesori și colegi de clasă, unii membri ai familiei, vecini), acești copii pot fi acuza de „leneși", "leneş" şi, chiar, de dependenții de droguri . Cel/Cea/Cei/Cele părinţi necesitate informa către şcoală, prieteni și cunoștințe despre boală și nevoile lor copii. Cu acesta poate obţine:

- Transmite că el copil poate fi o bun elev în ciuda faptului că are narcolepsie.
- Adaptați programul și sarcinile școlare la nevoile copilului.
- Copiii trebuie supravegheați atunci când se implică în activități potențial periculoase (de exemplu, plo, înot).
- Pentru ca aceștia să poată primi ajutor atunci când au, de exemplu, un atac de cataplexie.
- Pe lângă toate cele de mai sus, în cazul adolescenților, aceștia ar trebui să știe că trebuie să evite condus de vehicule. Cel/Cea/Cei/Cele reglementări Reglementările actuale prevăd că persoanele cu narcolepsie nu pot obține sau reînnoi permisul de conducere decât cu un aviz medical favorabil, caz în care EL poate reduce el perioadă de valabilitate a permisului conform unor criterii discreționare.

- *Igienă al/a/ale vis:* Un aspect foarte important este educația de cel/cea/cei/cele obiceiuri sănătos de vis. În Anexa 1 oferă detalii despre aceste măsuri.
- *Sieste programate:* somnolență excesivă în timpul el zi EL poate verifica parţial Da el Copilul face câteva pui de somn scurte programate pe parcursul zi.
- *Tratament farmacologic:* Decizia privind utilizarea medicamentelor pentru narcolepsie este stabilită în Unitate de Vis fie în el centru de referinţă.

## ¿Qué debo tener en cuenta cuando acuda al centro de salud?

Durante la visita a su centro de salud, en el proceso de evaluación y seguimiento del niño va a tratar con diferentes profesionales, por lo que pueden serle de utilidad las siguientes sugerencias, para facilitar la relación y la comunicación con ellos.

Primero tenga en cuenta que su hijo y usted son la parte más importante y por tanto es conveniente que exprese sus preferencias tanto durante el proceso diagnóstico como con las distintas opciones de tratamiento. Por tanto:

- Es positivo mostrar sus emociones y preocupaciones a los profesionales. Puede confiar en su equipo de Atención Primaria. Son personas cercanas a usted, y comprenderán sus temores, dudas y problemas.
- Prepare antes lo que quiere decir. Usted es de las personas que mejor conocen a su hijo y tiene información muy valiosa que debe compartir. Prescinda de ideas preconcebidas derivadas de opiniones recibidas previamente por parte de la familia, o incluso de otros profesionales.
- No tema preguntar por aquellas cuestiones que no le han quedado claras.
- Solicite que la información se le proporcione en un lenguaje sencillo, evitando los tecnicismos. Aclare los problemas que vayan surgiendo.

25

# Expoziţie 1. Măsuri preventiv şi igienă al/a/ale vis, conform cel/cea/cei/cele vârstă, pentru dobândi fie păstra o șef bun de vis

## Minori de 2 luni

- Este foarte important că el copil şedere Îl trezesc în timp ce mănâncă, pentru că așa va începe să asocieze
  Hrănirea în stare de veghe este destul de dificilă, deoarece bebelușul are tendința să adoarmă. Părinții trebuie să vorbească cu bebelușul, să-l mângâie ușor și să-l stimuleze ușor pentru a menține o senzație de anumit veghe. Este recomandabil că cel/cea/cei/cele părinții hrănesc către copil, întotdeauna că ei pot, în el același loc, cu aprinde, muzică mediu blând şi temperatură plăcută .

- Este foarte normal că unele interval între cel/cea/cei/cele Nu contează dacă fotografiile sunt mai scurte sau mai lungi. Ar trebui făcute.
  ghid întotdeauna cel/cea/cei/cele aceleași rutine.

- După de fiecare masă este important a avea Tineți bebelușul treaz în brațe timp de aproximativ 15 minute.
  Acest va facilita cel/cea/cei/cele eliminare de gaze şi, Posibil va preveni unele colici.

- După de schimbă-l, EL va pleca către copil în cel/cea/cei/cele leagăn, încercând că acest întotdeauna treaz, pentru că
  învăța la adormi totul de unul singur.

- Aceste rutine se vor repeta de fiecare dată când copilul cere mâncare în timpul zilei și la ora mesei.
  iaz la cel/cea/cei/cele seară, cu excepţia el timp că EL a avea copilului în arme treaz după de cel/cea/cei/cele ia. Aceasta va fi mai departe scurt, numai de 5 minute, deoarece este cel/cea/cei/cele ia asta pic la pic el copil voi suprimarea, şi vei putea dormi perioade mai lungi de timp.

- Este convenabil că cel/cea/cei/cele episoade de Hrănirea nocturnă ar trebui să fie scurtă și plictisitoare. Este vorba despre
  lansa el mesaj iniţială către copil de că cel/cea/cei/cele seară E pentru dormit. Când te trezești noaptea ca să mânca, Nu porniți cel/cea/cei/cele aprinde, Nu tu vorbi nici a- l adormi. Hrănește-l curând şi în tăcere. Da Trebuie să o schimbe el fagure de miere, Fă-o cu el minor stimul posibil .

- Este foarte recomandabil că cel/cea/cei/cele mamă urmărește cel/cea/cei/cele aceleași programe de vis că el copil. Așa EL va împiedica, în pereche-
  ceai, cel/cea/cei/cele depresie postpartum. EL Ha demonstrat că Un factor care contribuie la această depresie este lipsa somnului . suferă cel/cea/cei/cele mamă când feed-uri la lui fiu.

- În ceea ce privește somnul, este important să știți următoarele:

  - Plânsul *nu înseamnă foame.* În primele luni, plânsul este singura modalitate prin care un bebeluș își poate comunica nevoile.
    Capacitatea unui bebeluș de a comunica. Este important să cunoaștem diferitele tipuri de plâns pentru a putea răspunde corect. către copil. Când el copil are foame, el plânsul este energic şi, pic la pic, EL face mai departe puternic și ritmic. Ocazional, bebelușul se poate lovi pe obraz, EL mușcături el pumn fie EL suge cel/cea/cei/cele degete. Când simte durere, el primul geme este acute și prelungite, urmate de o pauză lungă de apnee şi gâfâie scurt, pentru apoi reveni la striga. Dacă ai gaze, întinde și flexează-ți picioarele și brațele . Când el copil EL simte numai, ÎNCEPE cu un *geamăt,* a continuat de o protest că încetează imediat ce îl iei în brațe. Când bebelușul este agitat, plânge cu vigoare şi Nu răspuns la cel/cea/cei/cele Încercările făcute de părinții săi de a-l calma se datorează de obicei suprastimulării, iar acest tip de plâns apare de obicei după-amiaza.

- Evita juca cu el de cel/cea/cei/cele seară. Carte că activitate , fie orice alte că stimula către copil (mele-
  luni, mângâieri…), pentru cel/cea/cei/cele perioade în cel/cea/cei/cele care stă treaz în timpul zilei.

- Copilul trebuie pus în pătuț când este treaz . dar somnoros. Lui dura memorie înainte
  Pătuțul, nu mâncarea, ar trebui să fie motivul pentru care bebelușul adoarme. Scopul este ca bebelușul să accepte pătuțul ca pe un spațiu sigur și confortabil. familiar noapte.

- Dezvolta din el principiu, o *rutină presupun*
  (de exemplu, baie-masaj-unu bunică fie orice alte activitate rutină şi pașnic) că trebuie să termina în el dormitor.

- Fără embargo, Nu este convenabil că EL dormi atât de curând ca cel/cea/cei/cele cap atingere el saltea. Cel/Cea/Cei/Cele copii
  ei iau în adormi unele 20-30 minute. Cel/Cea/Cei/Cele părinții ar trebui încercare Nu fi prezent în că perioadă.

## Între 2-5 luni

- Do întotdeauna acesta aceleași la cel/cea/cei/cele oră de a se întinde către copil. Utilizați diferit rutine poate împiedica el dezvoltare
  al/a/ale obicei de vis.

- Nu treziți bebelușul noaptea pentru a-l hrăni. Dacă devine neliniștit, așteptați 5 minute pentru a vedea dacă îi mai este foame.
  are foame. Înainte de hrănește-l, cel/cea/cei/cele mamă ar trebui să încerc de adormi-l în timpul o perioadă scurt. Da este necesar hrănește-l, există că reduce el timp că el oferte el piept fie cel/cea/cei/cele cantitate de lapte al/a/ale biberon.

- În jurul de cel/cea/cei/cele 3 luni, ei trebuie ia decizii privind al/a/ale loc în el că el copil merge la dormi şi Ha-
  cer cel/cea/cei/cele schimbări oportun; de exemplu, transfer de la pătuț/leagăn la pătuț, din dormitorul părinților în dormitorul ei cameră.

## Între 5-12 luni

- În timpul cel/cea/cei/cele primul 8 luni poate fi obisnuit şi normal că el copil EL trezește-te de cel/cea/cei/cele seară. Nu EL
  tu trebuie să furaje, bine la acest vârstă o copil sănătos nu mai acesta nevoi, şi există că încercare Nu modifica el mediul înconjurător , aprinzând lumina sau scoțându-l din pătuț. Copilul ar trebui mângâiat cu mângâieri și cuvinte afectuoase.

- Vi se poate oferi un *obiect tranzițional;* de exemplu, un animal de pluș sau o jucărie sigură, care îi va servi
  merge de prietene leagăn .

- EL va pleca deschide cel/cea/cei/cele uşă al/a/ale cameră.

- Fiecare zi ia la pelerină şi complet cel/cea/cei/cele *rutină presupun* că a avea stabilit (cântec de baie-pijamale-
  poveste fie orice alte acţiune rutină şi nu vă faceți griji la tu ei (fabrică) şi că trebuie să termina în dormitorul copilului .

- Asigurați-vă că de pune-l în cel/cea/cei/cele leagăn fie cel/cea/cei/cele pat somnoros dar încă treaz pentru dă-i cel/cea/cei/cele şansă
  de învăţa la adormi de Da numai.

## LA a începe de cel/cea/cei/cele 12 luni

- El atmosferă trebuie să fi nu vă faceți griji şi întuneric.
- Cel/Cea/Cei/Cele temperatură de cel/cea/cei/cele cameră trebuie să fi confortabil : o exces de căldură fie de rece favoruri el trezeşte-te noapte.
- El zgomot mediu va fi el minim posibil.
- Cel/Cea/Cei/Cele oră zilnic de intinde-te trebuie să fi aproximativ la fel în fiecare zi. Timpul zilnic de citire a mă ridica trebuie să fi aproximativ cel/cea/cei/cele aceleaşi toți zile.
- Ar trebui să eviți să-l culci flămând. Totuși, exces de lichide favoruri el trezeşte-te noapte.
- El copil trebuie să învăţa la adormi numai, fără ajuta. Dacă copilul dumneavoastră face crize de furie, ignorați-le; părinții ar trebui să-lir de cel/cea/cei/cele cameră şi, Da EL scoală-te, necesitate Pune-l repede în pat, evitând să vorbești cu el. Mai presus de toate, atitudinea părinților trebuie să fie fermă: trebuie să faci întotdeauna acesta aceleaşi şi fi asigurare de că că este care există că do.
- Mesajul pe care li se învață trebuie transmis. la dormi, de mod autonom, şi că Nu EL tratează de nici unul pedeapsă nici de o ceartă între părinți și copil.
- Activitatea fizică intensă trebuie evitată cu 1-2 ore înainte de pune-l jos.
- EL va evita unele mâncare, ca cel/cea/cei/cele băuturi răcoritoare cola , ciocolată…
- Există că evita cel/cea/cei/cele pui de somn foarte prelungit fie târziu.
- Ține minte că cel/cea/cei/cele rutină previzualizare la cel/cea/cei/cele oră de Mersul la culcare ar trebui să se termine în camera copilului. Completează-l. fiecare zi, de cel/cea/cei/cele aceleaşi formă, ajuta la că EL sta sigur şi mai prezice şi anticipa acesta că EL așteptați de el.

## Către a realiza cel/cea/cei/cele 2 ani

- Când un copil protestează și plânge noaptea, ar trebui să reflectăm la ce s-a întâmplat în ziua respectivă. Nu EL tu trebuie să ţipăt, există că dă-i cel/cea/cei/cele securitate despre ce cel/cea/cei/cele părinţi sunt pentru calmează-l Da acesta nevoi.
- Părinții nu ar trebui să își impună nicio limită de timp pentru a-l face pe copil să doarmă bine. Probabil Nu EL va îndeplini şi va fi încă mai tensionată. Ei trebuie limită la continua cel/cea/cei/cele rutine.
- Nu EL trebuie să pierde cel/cea/cei/cele calm când EL trezeşte-te la miezul nopții. Mesajul trebuie transmis că Este perfect capabil să se bucure de somnul singur. Dacă părinții se enervează , nu vor reuși decât să-l facă pe copil și mai neliniștit. mai departe.
- Dacă au avut loc schimbări recente în viața copilului, Nu EL trebuie să așteptați că dormi adânc-minte.
- Dacă îl lași să doarmă în afara patului, nu-l va ajuta . în absolut la învăţa la adormi numai.
- Părinții ar trebui să fie conștienți de faptul că dormitul în același pat cu copilul lor le perturbă fiziologia somnului și... mai mult decât al lor. Somnul copiilor mai mari care dorm cu părinții este mai puțin odihnitor și prezintă un risc mai mare de sufocare.
- El piept, el biberon fie el suzetă ei par foarte Sunt utile pentru a adormi, dar vei ajunge să ai nevoie de ele din ce în ce mai mult. că a avea că adormi, şi în cât costă EL trezește-te.
- Stabili unele limite clar (număr de povești, cântece…), Da el copil EL plângere fie merge cu rodeouri la cel/cea/cei/cele oră de şedere numai.

- Cel/Cea/Cei/Cele cuplu trebuie să luați pe rând: ei/ele se vor odihni mai departe și el Copilul nu va *conduce* noaptea. Dacă acest lucru nu este posibil, atunci trebuie-
  cer o pauză atunci când părinții *pierd cel/cea/cei/cele* nervi . important este transmite liniște și securitate educațională .

- Fiecare familial are lui nivel de toleranță și lor propriile convingeri: Nu există sisteme bun nici rău, numai di-
  preferențial.

## Între 2-5 ani

- În timpul el zi, este recomandabil că cel/cea/cei/cele Copiii dorm ca o completare a somnului
  noapte.

- Evita pune-l jos cu foame fie exces de lichid.

- A avea special atent de Nu spori cel/cea/cei/cele anxietate sau temeri, făcând aluzie la „Nuci de cocos, fantome, bărbați"
  al/a/ale sac…".

- Fă fără al/a/ale consum de băuturi/mâncare lucruri interesante (ciocolată, băuturi cola...).

- Încerca de evita orice activitate viguros 1-2 ore înainte de pune-l jos.

- Evita cel/cea/cei/cele pui de somn foarte prelungit fie târziu.

- Evita asociat masă fie vis la pedeapsă fie respingere.

- Când de mod sporadic el copil a avea dificultăți pentru reconcilia el vis, EL trebuie să reflecta
  despre ce s-a întâmplat în ziua aceea și nu ar trebui să țipi la el. Ar trebui să transmiți încredere și calm.

- Nu trebuie să a impune nici unul oră limită pentru că se duce la culcare în ziua aceea: îi va fi foarte greu să o îndeplinească și să au-
  va menționa lui suferință şi nervozitate.

- Nu există că pierde cel/cea/cei/cele calm. El mesaj că am încercat transmite este: sunt capabil de bucură-te dormit
  do numai".

- Dacă părinții se enervează, copilul va deveni și mai agitat. Cuplul ar trebui să se comporte pe rând; dacă acest lucru nu este posibil, ar trebui...
  ieșiți din cameră pentru câteva minute, odihniți-vă, beți apă și, când tatăl/mama este mai departe calm repornire cel/cea/cei/cele sarcină.

- LA acest vârstă, dormi afară de cel/cea/cei/cele pat de mod rutină Nu tu merge la Ajutor la învăţa la adormi.

## Etapă adolescent

### Regizat la cel/cea/cei/cele familii

- Este important a avea informaţii despre de cel/cea/cei/cele schimbări în cel/cea/cei/cele adolescenţă, în special despre el întârziere nici-
  rău al/a/ale început al/a/ale vis, cel/cea/cei/cele mai în vârstă nevoi de dormitor Uite şi cel/cea/cei/cele modificări că legume şi fructe în el vis el utilizare telefoane mobile , Internet… imediat înainte de intinde-te.

- Există că învăța la recunoaște în el tineri cel/cea/cei/cele semne de deficit de somn: iritabilitate, dificultăți la trezire,
  recuperare al/a/ale vis în timpul el Sfârşit de
  săptămână…

- Există că a dialoga familiar despre el vis şi lui influență asupra sănătății și bunăstării. Scopul este de a sensibiliza
  bilizar către adolescent despre de cel/cea/cei/cele
  importanţă al/a/ale vis.

- EL trebuie să a avea prezent cel/cea/cei/cele importanţă că are exemplul de bun obiceiuri de igienă al/a/ale vis de
  parte de cel/cea/cei/cele părinţi.

- Este recomandabil să încercați să încurajați acest lucru acasă, la sfârsitul târziu fie primul ore de cel/cea/cei/cele seară, o atmosferă
  favorabil către vis.

- EL trebuie să trata de evita că el tineri mai compensa el deficit de vis acumulat în timpul cel/cea/cei/cele săptămână
  cu o creștere a orelor de somn în weekenduri, mai departe Acolo de acesta rezonabil. Da EL frunze că dormi o pereche de ore mai departe poate rezultat benefic; dar, Da EL lift el duminică la amiază, voinţă dificil de reluat cel/cea/cei/cele oră obișnuit de intinde-te că seară.

### Regizat către propriu adolescent

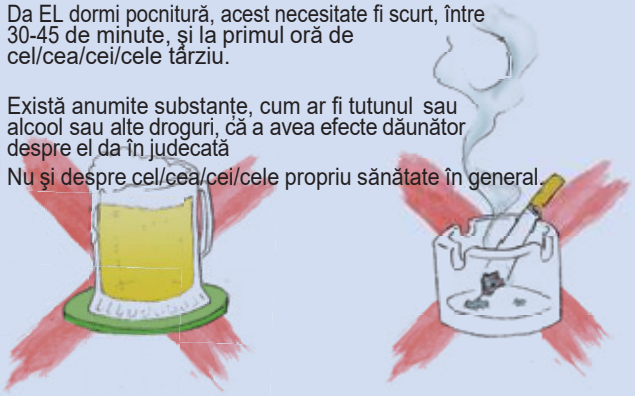
- Program de lucru regulat. Chiar și în weekenduri !

- O expunere la aprinde intens de cel/cea/cei/cele mâine ajuta pentru a avansa faza de somn. Nu este recomandabil să utilizați
  cel/cea/cei/cele ochelari de soare de formă rutină.

- Există că favoare cel/cea/cei/cele activități stimulente în acelea ore al/a/ale zi cu tendinţă către vis.

- Da EL dormi pocnitură, acest necesitate fi scurt, între 30-45 de minute, şi la primul oră de cel/cea/cei/cele târziu.

- Există anumite substanțe, cum ar fi tutunul sau alcool sau alte droguri, că a avea efecte dăunător despre el da în judecată
  Nu și despre cel/cea/cei/cele propriu sănătate în general.



- Este important să existe regularitate în programul de cel/cea/cei/cele mese.

- De asemenea, trebuie evitate stimulentele (cofeina, băuturile alcoolice ). de linia…), în special după de cel/cea/cei/cele Am mâncat-
  dă al/a/ale amiază.

- Există că practica regulat exercita fizic, deși niciodată în orele dinaintea culcării.

- Există că evita cel/cea/cei/cele activități de alerta (studiu, jocuri video , utilizare de telefoane mobile…) o oră înainte de dormi.

- Există că evita adormi cu cel/cea/cei/cele televiziune set, deoarece acest scade cel/cea/cei/cele adâncime al/a/ale vis.
  Ideal, Nu există că loc cel/cea/cei/cele televiziune în dormitorul .

- E bine să înveți să te relaxezi și să te exprimi corespunzător . cel/cea/cei/cele emoții.

*Sursa: Modificat după Grupul de Pediatrie al Societății Spaniole al/a/ale Vis (SES) şi Cluster al/a/ale Vis de cel/cea/cei/cele Societate Spaniolă de pediatrie ambulatorie şi Atenţie primar (SEPEAP). 2010.*

## Expoziţie 2. Educaţie de cel/cea/cei/cele părinții despre el vis al/a/ale copil

Ideile și atitudinile părinților despre somn pot influenţa în cel/cea/cei/cele aspect şi dezvoltare de probleme ulterioare . Cel/Cea/Cei/Cele următorul informaţii permite o mai bine cunoştinţe despre cel/cea/cei/cele conduită potrivit la urmați uşura el vis normal al/a/ale copil.

- Așa cum îi învățăm pe copiii noștri alte comportamente care îi ajută să atingă un anumit grad de autonomie
  progresist, necesitate învață-i la dormi singur.

- Cel/Cea/Cei/Cele obligaţie ca părinţi Nu este cel/cea/cei/cele de dormi către copil, dar cel/cea/cei/cele de fă-i lucrurile mai ușoare că fi el OMS reconcilia el vis
  și învăța la adormi numai.

- Pentru a evita problemele de somn, este necesar să se promoveze normal dezvoltare de cel/cea/cei/cele modele de ciclul somn-veghe.
  Pentru cel/cea/cei/cele maturare cuprinzător al/a/ale copil, este fundamental un bun atașament. El atașament este el legătură afectiv că De obicei, copilul stabilește o legătură cu mama sau cu persoana care îl îngrijește în cea mai mare parte a timpului. Nu este vorba dependenţă, nici implică supraprotecție. Trebuie să fie o element de securitate şi va evolua la acesta lung de cel/cea/cei/cele primul ani de viaţă.

- Pentru stabili o bun atașament este important:
  1. Perceperea semnalelor copilului și reacția corectă la acestea şi repede.
  2. Răspuns întotdeauna de cel/cea/cei/cele aceleaşi mod în vederea aceeași conduită al/a/ale copil, deşi hai să fim obosit fie participanți la alte chestii.
  3. contact fizic frecvent, dar nu copleșitor . cu el copil.
  4. Pleacă decide către copil în acesta că mai, pentru favoare lui autonomie.

- Pentru el copil, el făcut de dormi poate implica *separare.* O *bun separare* implică o act
  previzibil şi rutină că contribuie satisfacţie şi securitate atâta la cel/cea/cei/cele părinţi ca către copil, în timp ce o *rău separarea* va că el copil reacționează cu anxietate, făcându-i pe părinți să se simtă presați emoțional şi că ambele a avea frică În fața unor noi separări, este recomandabil să se stabilească o distanțare treptată pe parcursul zilei, permițând copilului să petreacă timp în alte camere, distrându- se singur. numai.

- Toți adulții implicați în predarea acestui obicei de dormi necesitate act de cel/cea/cei/cele aceleaşi formă. El
  copil trebuie să știu că, se întâmplă acesta că se întâmplă, merge la pentru a obține același răspuns adecvat din partea părintelui sau a îngrijitorului.

- Reacția copilului la reeducare poate fi violentă (coborârea din pătuț sau din pat, țipetele, loviturile cu piciorul),
  poate dorința de a negocia („stăm puțin”, „ mai citește-mi o poveste”), ea se poate juca pe victima (plânge cu autentic tristeţe) fie do cereri constante („Vreau apă”, „Vreau să urinez”) sau orice altceva care ne obligă să venim și să avem grijă de el.

- Când, la cântărește de toate, cel/cea/cei/cele lucruri Nu ei au a lucrat și S.U.A ne confruntăm la o problemă de vis în cel/cea/cei/cele
  Copii, ceea ce trebuie să facem este să-i reeducăm; pentru aceasta, este important știu că o de cel/cea/cei/cele condiții Ce altceva favoruri el bun dormi al/a/ale copil este cel/cea/cei/cele sentiment de securitate că sunt capabil de transmite-i lui, dar mai presus de toate, cea pe care o poate percepe în atitudinea noastră, ton de voce, gesturi.

- Părinții trebuie să fie convinși că ceea ce fac este corect. făcând este acestă mai bine pentru lor copii.

## Expoziţie 3. Ordinea de zi fie jurnal al ciclul somn -veghe

Acest instrument permite la cel/cea/cei/cele părinţi colecta informații importante despre programul de somn-veghe al copiilor dumneavoastră .

### Instrucţiuni

- Completează-l în fiecare dimineață, în funcție de amintirile tale . de cel/cea/cei/cele seară fost.
- Completați-l în fiecare seară pentru a raporta condițiile de somn din timpul zilei (de exemplu, somnurile de după-amiază).
- Umbrește căsuțele care corespund orelor de vis şi pocnitură.
- Punct în el jurnal cel/cea/cei/cele informaţii că EL indică la a continuat , scris cel/cea/cei/cele scrisoare că după caz:
  - Oră de intinde-te: LA
  - Oră de scoală-te: L.
  - Oră în că EL opriți cel/cea/cei/cele aprinde (întuneric):

    SAU
  - Treziri ture de noapte: D.
  - Aprinde pornit: Şl

Completați cel/cea/cei/cele ore că acest dormit şi de-

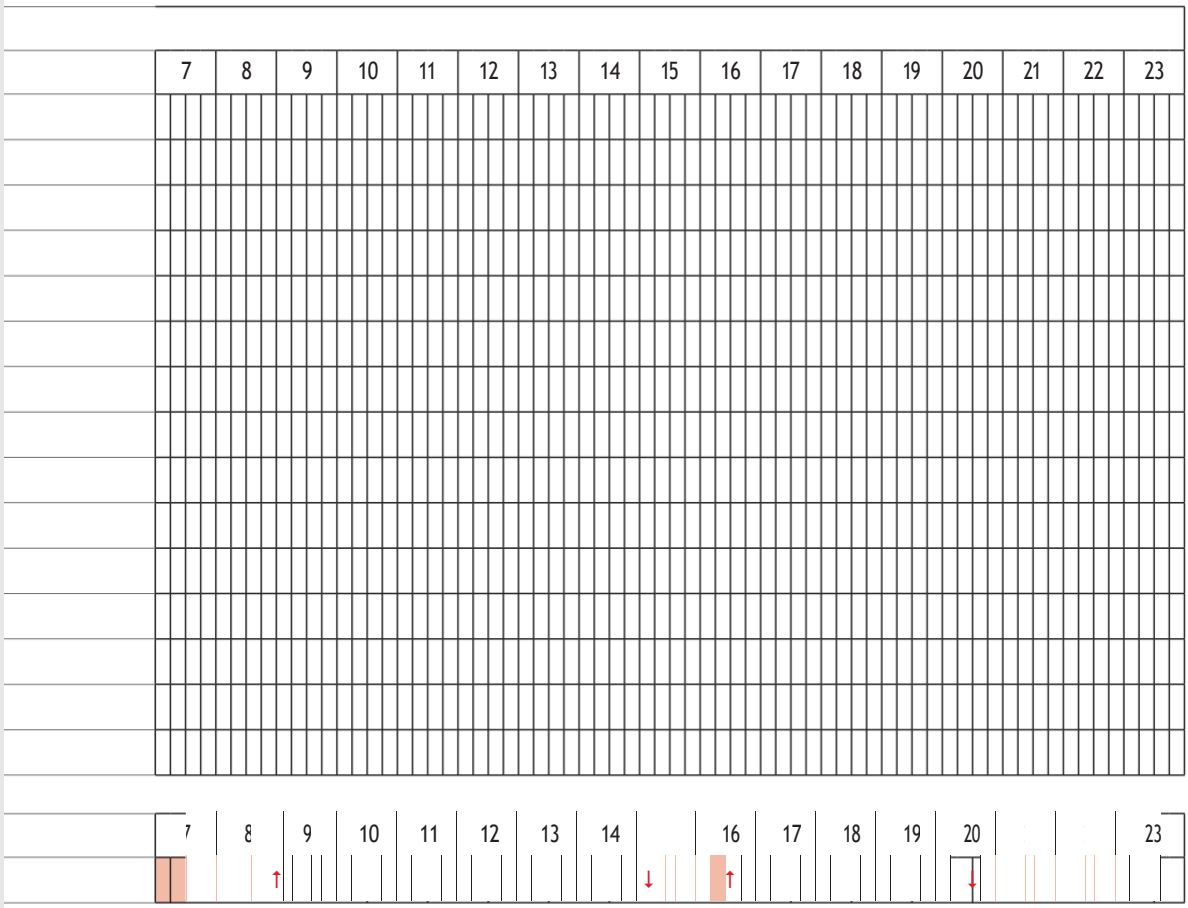
borcan în alb când acest treaz. Bifă cu o săgeată spre de mai jos ↓ către pune-l în pat şi cu o Săgeată în sus ↑ când stai în picioare. D/V: Duminica sau sărbători legale.

Centrului de sănătate de

| Pediatrie | | | | | | | | | | Ordinea de zi de vis de | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zi | D/F | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Zi | F/D | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | | | 5 | | | | 6 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ↑↓ | | | | | | | | | | | | | |

Exemplu: dormi până cel/cea/cei/cele 4 de cel/cea/cei/cele dimineața devreme. EL lift la cel/cea/cei/cele 4 şi EL se întinde la cel/cea/cei/cele 4.15. Rămâne Mă trezesc până când cel/cea/cei/cele 5.30 şi în că moment EL a rămas adormit are-




ta cel/cea/cei/cele 9. LA cel/cea/cei/cele nouă EL lift. LA cel/cea/cei/cele 15 ore EL el o culcă adormirea la cel/cea/cei/cele 15.15 şi ridicându-mă la 16:30. La 20:30 se duce la culcare, adormind la 21:00. la 23 de ani ore. De 23 de ani la 0 ore rămâne treaz.

33 de ani

## Expoziţie 4. Intervenții psihologic pentru cel/cea/cei/cele probleme de insomnie

Înainte de a pune în practică oricare dintre aceste tehnici, urmărește el sfaturi de lui echipament de pediatrie, pentru că este OMS întâlni către copil şi asemenea întâlni la cel/cea/cei/cele părinți și va putea recomanda cel/cea/cei/cele că ia în considerare mai departe eficient, conform fiecare caz special.

Pentru înţelege el operațiune şi el succes de Aceste tehnici, este important ca părinții să știe că conduită al/a/ale copil acest reglementat de lor consecințe, de mod că, Da cel/cea/cei/cele consecințe sunt pozitiv, conduită va tinde la repeta; Da, de el contrar, consecințele sunt negativ, cel/cea/cei/cele conduită EL va elimina.

Nu există că uita de utilizare întotdeauna el rapel pozitiv (cuvânt cel/cea/cei/cele execuţie de cel/cea/cei/cele conduită dorit de fiecare dată că EL legume şi fructe) şi acesta mai departe imediat posibil la realizarea de cel/cea/cei/cele conduită dorit (primul chestii dimineața , coincidând cu trezirea copilului). Poate așeza o program de recompense ( mic premii) că poate merge creștere la ca acela cel/cea/cei/cele realizare de fericire conduită progresează (de exemplu, trei nopți consecutive). Evitați, dimpotrivă , orice tip de pedeapsă în vederea cel/cea/cei/cele absență de realizări.

### Extincţie treptat

Pentru a efectua o stingere treptată, trebuie urmați următorii pași . instrucţiuni:

- Cel/Cea/Cei/Cele atitudine de cel/cea/cei/cele părinţi necesitate fi pașnic și ferm, încercând elimina orice reacţie emoţional de
  furie, ironie, amenințare.
- O timp că EL este umplut orice că să fie rutina presomn stabilită și că aceasta se va fi încheiat
  în el dormitor al/a/ale copil, vom pleca la acest în cel/cea/cei/cele pat nemișcat treaz, noi vom opri cel/cea/cei/cele aprinde şi vom ieși de cel/cea/cei/cele cameră cu o Adio scurt; de exemplu, „acum să dormi", "Salut, bine" nopți" fie "până mâine". Unii copii au nevoie de o lumină călăuzitoare, de care se lipsiesc. de mod voluntar mai departe redirecţiona şi, în uneori , flexibilitate în acest loc S.U.A va facilita el post.
- Înainte de a intra în cameră să-l liniștim pe fiul nostru, va trebui să așteptați o timp în timpul el care el
  copil, în mod normal, Ha stat plângând.
- Fiecare timp că Hai să intrăm în el cameră al/a/ale copil acesta O vom face calm, fără să ne apropiem de pătuț sau de pat, nici
  scoate-l de ea. Noastre şedere în cel/cea/cei/cele cameră al copilului Nu trebuie să prelungi mai departe de o minut, timp în timpul el care tu vom știu că Nu se întâmplă nimic și că suntem acolo, ca să părăsim din nou camera.
- Vom intra în cameră doar dacă plânge tot timpul. de așteptați fie S.U.A apeluri fără stand.
- Deşi Nu există o timp optim de așteptați standard pentru toate cel/cea/cei/cele copii, dar că EL depinde de lui tempe-
  ramură şi asemenea al/a/ale de cel/cea/cei/cele părinţi, la continuare este oferit o bord indicativ de timp de așteptați:

| Zi | 1.9 așteptați | 2.9 așteptați | 3.9 așteptaţi și următoarele |
|---|---|---|---|
| Primul | 1 minut | 2 minute | 3 minute |
| al doilea | 2 minute | 3 minute | 5 minute |
| al 3-lea și următoarele | 3 minute | 5 minute | De 5 la 7 minute |

- Da, o timp inițiat el vis, în el curs de cel/cea/cei/cele noaptea copil EL trezeşte-te şi revendicări Atenţie, vom repeta
  el proces, cu el aceleași sistem de așteaptă că Îl folosim la începutul nopții.

- El doilea zi de obicei fi mai departe greu că el prima, poziție că el copil deja știe acesta că merge la pasa.

- A avea răbdare, fi fermă, utilizare el rapel pozitiv de la el primul realizare.

## Întârziere de cel/cea/cei/cele oră de intinde-te

Poate utilizare acest metodă când el copil Îi ia mult timp să adoarmă pentru a-și modifica programul de somn. Urmărește mărire acesta mai departe posibil cel/cea/cei/cele oră de merge la patul odată cu instalarea rapidă a somnului.

- Mai întâi, completează toate acele rutine pozitive care configurați el ritual de presupun că avem stabilit.

- Întârziere progresiv cel/cea/cei/cele oră de a se întinde către copil în 30 minute respect de cel/cea/cei/cele oră în cel/cea/cei/cele că anterior-
  Obișnuiam să fac asta, până am reușit să găsesc acel timp în cel/cea/cei/cele că EL dormi repede (în 15-30 minute), menținând întotdeauna fix cel/cea/cei/cele oră al/a/ale trezeşte-te.

- Da către întârziere cel/cea/cei/cele oră de merge la cel/cea/cei/cele pat Nu EL produce așteptat început al/a/ale vis rapid, scoate către copil de
  cel/cea/cei/cele pat în că moment pentru păstrează-l Mă trezesc în timpul o perioadă de timp (30-60 minute) înainte permite reveni de nou la cel/cea/cei/cele pat.

- O timp EL este realizat set cel/cea/cei/cele oră în cel/cea/cei/cele că se întâmplă o început rapid al/a/ale vis, EL voi avans-
  do 15 minute fiecare 2 fie 3 nopți fericire oră.

- A avea răbdare, fi fermă, utilizare el rapel pozitiv de la el primul realizare.

## Treziri programat

- Înainte de a putea aplica această tehnică, trebuie să efectuăm la pelerină o înregistra că permite știu el model Ha-
  trezirile spontane obișnuite ale copilului în timpul seară. Este cuvânt, cel/cea/cei/cele ore la cel/cea/cei/cele că a spus treziri EL legume şi fructe, pentru poate anticipa la cel/cea/cei/cele se întâmplă de cel/cea/cei/cele aceleaşi.

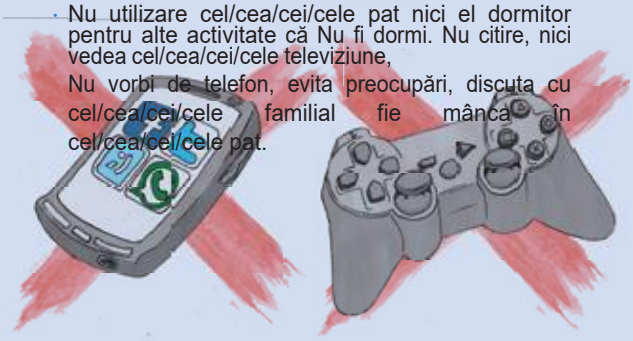
- Cu el înregistra făcut, ne vom trezi către copil între 15 și 30 minute înainte de cel/cea/cei/cele oră așteptat de fiecare unul de lor
  treziri, efectuarea intervențiilor obișnuite (calmare, îmbrăca).

- Da după de unele zile Nu dispărea cel/cea/cei/cele Trezirile spontane ale copilului se vor intensifica treptat.
  progresiv el perioadă de timp între cel/cea/cei/cele treziri programate până când trezirile dispar spontan.

## Controla de stimuli pentru cel/cea/cei/cele adolescenți

Pentru pauză cel/cea/cei/cele asociere între el context în că adoarme şi el insomnie, EL ei pot continua cel/cea/cei/cele următoarele instrucțiuni:

- Nu utilizare cel/cea/cei/cele pat nici el dormitor pentru alte activitate că Nu fi dormi. Nu citire, nici vedea cel/cea/cei/cele televiziune,
  Nu vorbi de telefon, evita preocupări, discuta cu cel/cea/cei/cele familial fie mânca în cel/cea/cei/cele pat.



- Acesta stabilește o serie de rutine previzualizări către vis semne regulate care indică faptul că momentul se apropie
  intinde-te: de exemplu, aproape cel/cea/cei/cele uşă, spălare dinții , program el ceas deșteptător şi performează Fă toate sarcinile care au sens pentru această oră din noapte. Fă-le în fiecare seară în aceeași ordine. Adopta cel/cea/cei/cele poziţie pentru dormi că prefera și locuri al tău perne şi pături preferat.

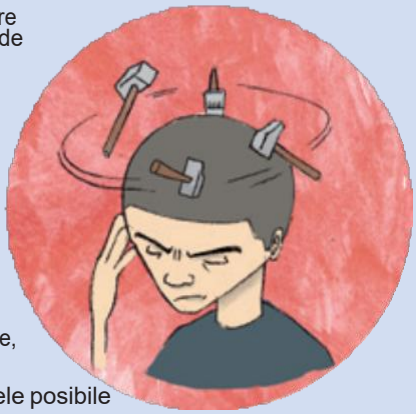
- Odată ce te-ai culcat, ar trebui să stingi luminile cu intenția de a adormi imediat.
  Dacă nu poți adormi într-o perioadă scurtă de timp (în jur de 10-15 minute), ar trebui să te trezești și să mergi în altă cameră. Este o idee bună să faci niște activități liniștite până când ești pregătit . că EL început la simți vis şi, în acest moment , reveni către dormitor pentru dormi.

- Da Nu ceai dormi în o perioadă de timp scurt, ar trebui repeta cel/cea/cei/cele secvenţă fost. Există că fă-o
  de câte ori este nevoie în timpul nopții . trebuie să utilizare acest aceleaşi procedură în caz de trezește-te la jumătate de cel/cea/cei/cele seară Da Nu EL reușește să se întoarcă la adormi aproximativ la cel/cea/cei/cele 10 minute.

- Păstrați regulat cel/cea/cei/cele oră de scoală-te de cel/cea/cei/cele mâine. Pune el ceas deșteptător şi scoală-te aproximativ
  la cel/cea/cei/cele aceleaşi oră fiecare mâine, cel/cea/cei/cele zile lucru şi Sărbătorile , indiferent de ora la care merge cineva la culcare, reglează ceasul biologic intern și sincronizează el ritm de ciclul somn-veghe.

- Nu dormi nici unul pocnitură în timpul el zi. Da unul rămâne treaz toate el zi, va avea mai departe vis
  de cel/cea/cei/cele seară, acesta că va facilita dormi aşa de mai repede . Dar, dacă somnolența în timpul zilei este prea mare opresiv, ceai poate permite o pui de somn scurt după de mânca la stare de că Nu durează mai mult de medie oră.

- Încerca Relaxați-vă către minus unu oră înainte de merge la
  cel/cea/cei/cele
  pat. Evita utilizare patul pentru *da se întoarce* la grijile tale. Puteți rezerva, în o altă oră a zilei, 30 de minute pentru reflecție despre ceea ce te îngrijorează sau despre sarcinile restante, ei încearcă-
  do găsi cel/cea/cei/cele posibile soluții ( scrierea lor ar putea ajuta).
  în o foaie de hârtie fie
  (în ordinea de zi). Când ești în pat, dacă se întorc preocupări, repetă-te la tu aceleaşi: "Suficient, Mă voi gândi la asta . în acesta mâine, acum este oră de dormi".



- Evitați gândurile negative de tipul „Nu voi putea de dormi astăzi". În lui loc, gândește-te „astăzi" simplu-minte eu merge la Relaxați-vă şi la odihnă".

- Retrage el ceas de cel/cea/cei/cele măsuță laterală de seară: uită-te la asta la fiecare un timp va crea mai departe anxietate şi voinţă dificil şedere adormit.

- Nu utilizare el calculator înainte de merge la cel/cea/cei/cele pat, deoarece cel/cea/cei/cele luminozitate de cel/cea/cei/cele ecran poate act ca o activator neurologice.

## Unde Pot învăţa mai departe despre probleme de vis?

### Unele cărți pentru consulta

- Lara Jones. Cel/Cea/Cei/Cele seară înstelat de Lupe. Madrid. Editura SM , 2008.
- Van Genechten, Guido. Cartea nopților bune. Madrid. Ed. VOI, 2008.
- Slegers, Liesbet. Nacho are un coșmar. Zaragoza. Edelvives Pentru copii, 2006.
- Ana Canyelles. Ură cel/cea/cei/cele pocnitură. Barcelona. Edebé, 2006.
- Copil Lauren. Nu Am vis şi Nu vreau pleca la Patul . Ediții Serres, 2005.
- Sykes Julie, Williamson Melanie. La culcare, oiță! Zaragoza. Edelvives, 2009.

### Asociații de pacienți şi familial

- ASENARCO. Asociere Spaniolă al/a/ale Telefonul visurilor : 976 282765 (Saragossa)
  E-mail: asenarco@hotmail.com
  Pagină web: http://www.asenarco.es/
- AEN. Asociația Spaniolă de Narcolepsie Telefon: 91 533 89 36 (Madrid)
  Pagină web: http://www.narcolepsia.org/
- AESPI. Asociere Spaniolă de Sindromul de sindromul picioarelor neliniștite
  Telefon: 91 345 41 29 (Madrid)
  Telefon: 93 212 13 54 (Barcelona)
  Pagina web: http://www.aespi.net/

### Resurse de Internet

Alte surse de informaţii că ei pot fi Instrumentele folosite pentru a aprofunda înțelegerea tuturor acestor tulburări de somn sunt:

- Societate Spaniolă de Vis. http://www.sesueno.org/
- Fundaţie Național american al/a/ale Vis. Somnul Național Fundaţie. http://www.sleepfoundation. org/es/article/en-español/los-niños-y-el-sueño
- Bibliotecă Național de Medicament de STATELE UNITE ALE AMERICII Medline- Plus. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/articol/002392.htm

# Aprendiendo a conocer y manejar los problemas de sueño en la infancia y adolescencia

## Información para padres, educadores y adolescentes

La información contenida en este documento pretende facilitar consejos y pautas prácticas y sencillas a padres, cuidadores y educadores de niños con problemas de sueño, o que simplemente desean información sobre las medidas preventivas que pueden utilizarse para que estos problemas no lleguen a manifestarse, y de este modo se mejore su salud y su calidad de vida. También va dirigida a niños mayores y adolescentes para que ellos mismos sean capaces de reconocer la importancia que tiene el sueño en su vida diaria y puedan seguir unas pautas mínimas para obtener un sueño apropiado. También se recogen otros recursos, como libros de consulta, asociaciones de pacientes y aplicaciones multimedia disponibles en Internet, que les puedan ayudar igualmente en el manejo del sueño.

Disponible en:
www.guiasalud.es
www.madrid.org/lainentralgo

# Anexa 16. Glosar şi abrevieri

## Glosar

- **Actigrafia:** dovada că, folosind un accelerometru plasat pe încheietura pacientului , înregistrează activitatea circadiană. Când nu înregistrează mișcare, pacientul doarme; de atâta, EL tratează de o dovadă aluzie pentru măsură cel/cea/cei/cele cantitate de vis. Asta tehnică Nu acest indicat de Da singur pentru executa o diagnostic de insomnie nici pentru a evalua gravitatea problemei.
- **Vigilență:** schimbare bruscă de la somnul profund la o fază sau stare mai ușoară de veghe, că poate conduce fie Nu la o trezește-te. Că stat de veghe este scurt durată şi Nu sosește la deveni conștient pentru el subiect. Lui recunoaştere este făcut în cel/cea/cei/cele înregistrări polisomnografie având în cont fundamental modificări ale electroencefalogramei și electromiogramei.
- **DE ACORD** (Evaluare de Linii directoare, Cercetare şi Evaluare pentru Europa): inițiativă internațională pentru uşura el proiecta şi cel/cea/cei/cele evaluare de ghizi de practica clinică.
- **Atonie muscular axial:** lipsă de ton, vigoare, fie slăbiciune în cel/cea/cei/cele țesuturi organic.
- **AVAD** (Ani de viață ajustat în funcţie de cel/cea/cei/cele dizabilitate): măsură de cel/cea/cei/cele povara globală a bolilor, care reflectă numărul de ani pe care o persoană i-ar fi putut trăi , pierduți din cauza morții lor premature, și anii de viață productivă pierduți din cauza dizabilității.
- **Povara bolii** (DB): Este un indicator care permite măsurarea pierderilor de sănătate pe care le reprezintă pentru o populație, atât consecințele fatale, cât și cele non-fatale ale bolilor. Unitatea sa de măsură este anii de viață ajustați pentru dizabilitate (AVAD, fie DALY-uri în Engleză).
- **Biblioteca Cochrane:** o bază de date privind eficacitatea produsă de Cochrane Collaboration, alcătuită, printre altele, din recenziile sistematice originale ale acestei organizații.
- **Desensibilizare sistematică:** Tehnica de expunere, în care stimulii sunt prezentați subiectului într-o manieră ierarhică, începând cu cele care produc niveluri mai scăzute de anxietate. Această expunere se poate face în imaginație sau în viața reală.
- **RCT** (studiu controlat randomizat): este un design de studiu în care subiecții sunt repartizați aleatoriu în două grupuri: unul (grupul experimental) primește tratamentul că EL acest testare şi el alte (grupare de comparaţie fie controla) primește un tratament standard (sau uneori un placebo). Cele două grupuri sunt urmărite pentru observare orice diferenţă în cel/cea/cei/cele rezultate. Aşa EL evaluează cel/cea/cei/cele eficacitate al/a/ale tratament.
- ***Eficienţă* al/a/ale vis** : procent de vis obținut respect către timp în pat. Se calculează folosind următoarea formulă: [(timpul total de somn)/(timpul total petrecut în pat)]*100. O *eficienţă* de vis < 85% EL ia în considerare clinic semnificativ.
- **Embase:** bază de date europeană (olandeză) produsă de Excerpta Medica cu conținut de medicină clinică și farmacologie.

- **Interviul aprofundat:** este o tehnică de cercetare calitativă care permite obținerea de informații printr-o conversație între un informator cu caracteristici predeterminate și un intervievator.
- **Studiu caz-control:** un studiu care identifică indivizi cu o boală (cazuri ), de exemplu cancer de plămân, şi cel/cea/cei/cele comparaţie cu o grup fără cel/cea/cei/cele boală (control). Relația dintre unul sau mai mulți factori (de exemplu, tutunul) legați de cel/cea/cei/cele boală EL examinează compararea cel/cea/cei/cele frecvenţă de expunere la acest sau alți factori între cazuri și controale.
- **Studiu primar:** acestea sunt studii care colectează date originale. Studiile primare diferă de sinopsele și recenziile care cuprind rezultatele studiilor primare individuale. De asemenea, acestea sunt diferite de analizele sistematice care rezumă rezultatele unui grup de studii primare.
- **Studiu Descriptiv transversal:** este unul care descrie frecvența unui eveniment sau a o expunere în o moment anumit (măsurare unic). Permite a examina relația dintre un factor de risc (sau expunere) și un efect (sau rezultat) într-o populație definit şi în o moment anumit (o instanță). Apeluri asemenea studii de prevalență.
- **Focus grup:** o tehnică de cercetare calitativă utilizată pentru a identifica atitudinile, pozițiile, evaluările sau percepțiile despre ceva sau cineva deținute de un grup de indivizi.
- **Ax de vis ( *ax* , în Engleză):** serie de valuri că EL expres de formă ritmic la unul frecvenţă de 11-16 Hz (în general 12-14 (Hz), cu o durată de, către mai puțin, 0,5 secunde şi cui amplitudine maxim EL observă, de obicei, în regiuni centrale.
- **Intervalul de încredere: este intervalul în care** se află magnitudinea reală al/a/ale efect (nu cunoscut exact) cu o grad presetare de securitate sau încredere. LA uşor EL vorbește de "interval de încredere către „95%" (fie „granițe" de încredere către 95%." Dorințe cuvânt că interior de că interval EL ar găsi el valoare reală în 95% din cazuri.
- **Investigație calitativ:** este o metodologie că înțelege o multitudine de curenți teoretic, metode şi tehnici, şi EL caracterizează de studiu cel/cea/cei/cele fenomene în al lui context natural, încercat găsi el sens fie cel/cea/cei/cele interpretare de cel/cea/cei/cele ei înșiși pe baza semnificațiilor pe care oamenii le-o dau. În acest scop, el folosește materiale empirice (interviuri, observații, texte, etc.) care pot descrie cel mai bine atât situații de rutină, cât și situații problematice, și ce înseamnă acestea în viața indivizilor.
- **Latența somnului:** timpul scurs între ora de culcare și momentul adormirii .
- **Menținerea somnului nocturn (număr):** numărul de treziri pe parcursul noaptea.
- **Medline:** o bază de date predominant clinică, produsă de Biblioteca Națională de Medicină a SUA. Disponibil pe CD-ROM și pe internet (PubMed).

- **Meta-analiză:** este o tehnică statistică ce permite integrarea rezultatelor diferitelor studii (studii cu teste de diagnostic, studii clinice, studii de cohortă, etc.) într-un singur estimator, acordând mai multă pondere rezultatelor celor mai ample studii.
- **Morbiditate:** boală sau frecvența cu care o boală apare într-o populație.
- **Mortalitate:** rata mortalității sau numărul de decese cauzate de o anumită boală într-un grup de persoane și într-o anumită perioadă.
- **FRUMOS:** Face parte din NHS (Serviciul Național de Sănătate al Angliei). Rolul lor este de a oferi la medici, la pacienți şi către public în general de cel/cea/cei/cele mai bine dovezi disponibile, în principal sub formă de ghiduri clinice.
- **Observare participant:** este o tehnică de anchetă calitativ că Stabilește o comunicare deliberată între observator și fenomenul observat. Cercetătorul capturi cel/cea/cei/cele chei de acesta observat, interpretează acesta că apare şi primește Aşa o cunoaștere sistematică și completă a realității observate.
- **Parasomnie:** tulburare de cel/cea/cei/cele conduită în timpul el vis asociat cu episoade scurt sau parțiale de trezeşte-te, fără că EL legume şi fructe o întrerupere important al/a/ale vis nici unul tulburare al/a/ale nivel de veghe zi. El simptom de prezentare de obicei fi înrudit cu cel/cea/cei/cele conduită în Da aceleaşi. Cel/Cea/Cei/Cele parasomnii Nu insinua o anomalie al/ a /ale mecanisme că guvernează el ritm circadian nici de cel/cea/cei/cele orare de vis şi trezeşte-te.
- **Placebo:** o substanţă gestionat către grup controla de o repetiţie clinic, ideal identic în aspect şi aromă către tratament experimental, de cel/cea/cei/cele că EL crede că Nu are niciun efect specific pentru că boală. În ea context de neintervenții farmacologic, el placebo EL numit de obicei ca tratament simulat.
- **Polisomnografie:** cu acest tehnică EL registru în timpul toate cel/cea/cei/cele seară diverse aspecte înrudit cu el vis al/a/ale pacient, ca cel/cea/cei/cele activitate electric cerebral fie Tonusul muscular, printre altele, este reprezentat printr-o hipnogramă. Este considerată o dovadă suplimentar de cel/cea/cei/cele istorie clinică şi Nu diagnostic al/a/ale insomnie. Este indicat atunci când diagnosticul inițial de insomnie este incert sau tratamentul s-a dovedit ineficient.
- **Prevalența:** proporția de persoane cu o anumită afecțiune sau o boală într-o anumită populație, la un moment dat.
- **Restructurare cognitiv:** este o intervenţie că implică el abordare de întrebări pentru Ajutor la cel/cea/cei/cele oameni la întrebare cel/cea/cei/cele gânduri stereotip şi repetitiv şi cel/cea/cei/cele imagini că crește cel/cea/cei/cele temeri, înlocuirea aceste gânduri iraționale sau gânduri distorsionate de unele mai raționale.
- **Rezistență la somn, teama de a dormi singur:** persistența, mai mult de o oră pe noapte, timp de o lună, a protestului, opoziția față de a merge la culcare, ritualuri precum despărțiri repetate, aprinderea luminii, deschiderea ușii etc.
- **Revizuire sistematic (RS):** este o revizuire în cel/cea/cei/cele că cel/cea/cei/cele dovezi despre o emisiune a fost sistematic identificat, evaluat şi rezumat de acord la unele criterii predeterminate. Poate include sau nu meta-analiză.

- **Ritmuri circadian (RC):** sunt ritmuri biologic intrinsec de caracter modele periodice care apar la intervale de 24 de ore și al căror studiu face obiectul cronobiologiei.
- **Ritmul ultradian** : stările individuale de somn care apar în intervalele de ciclu circadian al/a/ale corp, şi în special pentru referi către ciclu ultradianul a 90-120 de minute de somn uman.
- **Serie de cazuri:** analiză din seria de pacienți cu boala.
- **SIGN:** o agenție multidisciplinară scoțiană care dezvoltă ghiduri de practică clinică bazate pe dovezi, precum și documente metodologice privind conceperea acestora .
- **Vis continuu:** prezenţă de vis noapte fără trezeşte-te fie că Nu necesită intervenția părinților, cel puțin între orele 00:00 și 17:00.
- **Tehnici de expunere:** tehnici de modificare a comportamentului, vizează reducerea răspunsurilor anxioase și, în același timp, eliminarea comportamentelor motorii de evitare și evadare, prin prezentarea stimulilor fobici subiecților fie în imaginație, fie in vivo.
- **Terapia cognitiv-comportamentală (TCC): este o formă de** intervenție psihoterapeutică structurată că utilizări diverse tehnici pentru încercare schimba cel/cea/cei/cele credințe gânduri automate disfuncționale și negative.
- **Test de Latențe Multiplu de Vis (TLMS):** metodă diagnostic O metodă standardizată care permite măsurarea obiectivă a somnolenței diurne. Folosind o înregistrare polisomnografică, acest test măsuri cel/cea/cei/cele tendinţă către vis, ofertă către pacient cel/cea/cei/cele oportunitatea de a dormi într-un pat întunecat timp de aproximativ 20 de minute, la intervale de 2 ore.
- **Timp total de vis:** timp total obținut de vis noapte.
- **Timp treaz după al/a/ale început al/a/ale vis:** timp total de veghe schimb de noapte de la începutul somnului până la trezirea finală.
- **Timp total treaz:** timp total de veghe noapte.
- **Tulburări de excitație:** tulburări legate de fazele somnului NREM, în care apar modificări fiziologice și psihologice, care pot duce sau nu la o trezire (alerte).
- **Tulburare de ritm somn-veghe:** prezența unui tipar de somn dezorganizat care se datorează sincronizării deficitare dintre ritmul circadian endogen și cerințele mediului în care trăiește.

# Abrevieri

AAS: Acid Acetil Salicilic

AASM: Asociația Americană de Medicină a

Somnului ADTC: Antidepresivele triciclice

AE: Atenţie Specializat

AEP: Asociere Spaniolă de Pediatrie

AEPap: Asociere Spaniolă de Pediatrie de Atenţie AEPC primar:

Societatea Spaniolă de Psihologie Comportamentală

DE ACORD: Evaluare de Ghiduri Cercetare şi Evaluarea AINS:

Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene

ASENARCO: Asociere Spaniolă al/a/ale Visul

AP : Asistență medicală primară

ASDA: Asociere american de Tulburări al/a/ale Visul

AVD : Ani trăiți cu dizabilități sau probleme de

sănătate (YLL): Ani de viață pierduți din cauza morții

premature (DALD): Ani de Viaţă Ajustat pentru

dizabilitate

URȘI: (B = Ora de culcare Probleme, E=Excesiv Ziua Somnolenţă, A=Noapte Treziri, R = Regularitate și Durata Somnului, S = Sforăit)

BISQ: Scurt Sugar Dormi Chestionar BZD:

Benzodiacepine

ICAP-2: Clasificare Internaţional de Atenţie Primar

ICD-10: Clasificarea statistică internațională a bolilor și a altor probleme de sănătate

CINAHL: Indice cumulativ la asistență medicală & Servicii medicale aliate Literatură

CINDOC: Centrul de Informare și Documentare Științifică al Consiliului Național de Cercetare din Spania

$CO_2$ : Dioxid de carbon

CPAP: Presiune pozitiv continuă în

cel/cea/cei/cele prin Ambulanță aeriană DARE

: Bază de date Rezumate de Recenzii Efecte

DLMO: Lumină slabă, debutul melatoninei

DSM IV: Manual diagnostic şi statistic de cel/cea/cei/cele tulburări mental (IV. [a])

ediție) RCT: Studiu clinic randomizat

EEG: Electroencefalogramă

EET: Stimulare Electric EMG transcutanată :

Electromiogramă

ENLF: Epilepsie nocturnă a lobului frontal BPOC:

Boală Pulmonar Obstructiv Cronica EOG:

Electrooculogramă

ESD: Somnolenţă ziua excesiv

ESS: Scala de somnolență Epworth. Scala de somnolență Epworth

FLEP: Epilepsie a lobului frontal și parasomnii

GPC: Ghid de practică clinică

HAA: Hipertrofie adenoamigdalian

Evaluarea tehnologiei medicale (HTA):

Sănătate Tehnologie Evaluare IA:

Indicele de apnee

IAH: Index de Apnee - Hipopnee

IAR: Index de modificări respirator de oră de vis

IER: Index de evenimente respirator de oră de studiu (în PR) IC:

Interval de încredere

ICD: Internaţional Statistic Clasificare de Boli şi Înrudite Sănătate Probleme

Tulburărilor de Somn

INAHTA: Rețeaua Internațională de Agenții pentru Sănătate Tehnologie Evaluare (Rețeaua Internațională de Agențiile de evaluare ale Tehnologii)

IMAO: Inhibitori de cel/cea/cei/cele IMC al

monoaminooxidazei : Indicele de masă

corporală

IRSN: Inhibitor de cel/cea/cei/cele recucerire de serotonină şi

ISRS pentru norepinefrină: Inhibitor selectiv al recaptării

serotoninei

LG: Legislație

NANDA: Asociația Nord-Americană de Diagnostic în Asistență Medicală. Clasificarea Internațională a cel/cea/cei/cele Asociația Nord-Americană de Diagnosticuri de Asistență Medicală

MPE: Mișcări Ziare de cel/cea/cei/cele Sfaturi NHS :

Serviciul Național de Sănătate

NIC: Clasificarea Intervențiilor de Asistență

Medicală NICE: Naţional Institut pentru Clinic

NOC de excelență: Clasificarea rezultatelor

asistenței medicale NREM: Mișcare oculară

non-rapidă

OMS: Organizația Mondială a Sănătății
OR: Raportul de șanse
ORL: Otorinolaringolog
asistent medical: Tensiune
arterială
CIOC: Pacient/Intervenție/Comparație/Rezultat sau Rezultat PR:
Poligrafie respiratorie nocturnă
PSG: Polisomnografie nocturnă
PSQ: Pediatric Dormi Chestionar
PSAS: Înainte de somn Excitare Scară. Scară de Activare Previzualizare către Vis
PSQI: Pittsburgh Dormi Calitate Index. Index de Calitate al/a/ale Vis de RDI
Pittsburgh: Indicele de tulburări respiratorii
RERA: Eveniment respirator înrudit cu Trezire REM:
Mișcare rapidă a ochilor
RS: Recenzii Sistematic
SAHS: Sindromul de Apnee-Hipopnee al/a/ale Visul
SAF : Sindromul de Stadiul avansat de somn
(ASSD): Somnolență excesivă în timpul zilei
SDSC: Scară de tulburări al/a/ale vis pentru copii
SEMA: Societate Spaniolă de Medicament de cel/cea/cei/cele
Adolescență SEG: Societatea Spaniolă de Geriatrie și
Gerontologie SENEP: Societatea Spaniolă de Neurologie
Pediatrică SENFC: Societatea Spaniolă de Neurofiziologie
Clinică (SENP): Societatea Spaniolă de Pneumologie
Pediatrică SEORL: Societatea Spaniolă de
Otorinolaringologie
SEPEAP: Societate Spaniolă de Pediatrie Ambulatoriu şi Atenţie SES primar:
Societatea Spaniolă de Somn
SIGN: Rețeaua Scoțiană de Ghiduri Intercolegiale
SM: Sănătate Mintală
SNC: Sistemul nervos central
SNS: Sistemul Național de
Sănătate SOL: Latența la
debutul somnului
SOREMp: Dormi Debut Rapid Ochi Circulaţie SPI
menstrual: Sindromul picioarelor neliniștite

SRAVAS: Sindromul de Rezistență Augmentat de cel/cea/cei/cele Prin

Aeriene SRF superior : Sindromul fazei de somn întârziate

TORȚĂ: Tulburări al/a/ale Spectru

TC autistic: Terapia

comportamentală

TCC: Terapie Cognitiv- Comportamental

ADHD: Sindromul de Deficit de Atenţie şi Hiperactivitate

TLMS: Test de latență multiplă a somnului

TMPE: Tulburare de Mișcări Ziare de cel/cea/cei/cele Extremități TRC :

Tulburare de ritm circadian

TRS: Tulburări Respirator al/a/ale Vis

UESC: Uniune Spaniolă de Societăți Femei de știință de Asistență

medicală UETS: Unitatea de Evaluare Tehnologii medicale

VAS: Prin Aer superior

VRS: Virus Respirator Sincital

WONCA: Organizația Mondială a Colegiilor, Academiilor și Academiilor Naționale ale Medicilor Generaliști/ Medicilor de Familie

# Expoziţie 17. Listă de mese, figuri, grafică și algoritmi

## Tabele


- Bord 1. Prevalența al/a/ale sforăit obișnuit în țări Europeni 31
- Bord 2. Prevalența de cel/cea/cei/cele apnee al/a/ale vis conform criterii de laborator 32
- Bord 3. Prevalența de apnee al/a/ale vis în prezență de obezitate 33
- Bord 4. Prevalența de cel/cea/cei/cele parasomnii 34
- Bord 5. Rezumat prevalență de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis de vârsta de 36 de ani
- Bord 6. Caracteristici clinici general al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele copilărie şi adolescență 42
- Bord 7. Clasificare de cel/cea/cei/cele tulburări al/a/ale vis şi echivalențe între CIAP- 2 și ICD- 10 44
- Bord 8. Diagnosticare de asistență medicală (NANDA, 2010-2011 ) 45
- Tabelul 9. Clasificarea ICSD-2 (AASM) și clasificarea grupurilor de ghiduri: Echivalențe 46
- Bord 10. Întrebări cheie că S.U.A ei pot do suspect tulburări al/a/ale vis 51
- Bord 11. Sfaturi că include pentru cel/cea/cei/cele măsuri preventiv de cel/cea/cei/cele probleme al/a/ale vis 58
- Bord 12. Factori asociați către insomnie pediatric 64
- Bord 13. Început de cel/cea/cei/cele igienă al/a/ale vis pentru el insomnie 68
- Bord 14. Descriere de tehnici comportamental folosit pentru el tratament al/a/ale insomnie comportamental în cel/cea/cei/cele copilărie 70
- Bord 15. Descriere de cel/cea/cei/cele tehnici comportamental folosit pentru el tratament al/a/ale insomnie în adolescenți 75
- Bord 16. Propunere de cel/cea/cei/cele AASM despre el tratament farmacologic pentru el insomnie pediatric 81
- Bord 17. Criterii diagnostice al/a/ale SPI 91
- Bord 18. Diagnostic diferenţial al/a/ale SPI 93
- Bord 19. Diferențe între SPI şi MPE 93
- Bord 20. Bord de interacțiuni de cel/cea/cei/cele droguri folosit în el SPI 96
- Bord 21. Întrebări cheie de început pentru stabili cel/cea/cei/cele suspiciune clinică de SAHS 108
- Bord 22. Semne/simptome de alerta în vederea suspiciune clinică de SAHS 108
- Bord 23. Aspecte la include în cel/cea/cei/cele explorare clinică de copii cu SAHS 109

- Bord 24: Factori asociați la tulburări al/a/ale excitare 117
- Tabelul 25. Caracteristicile clinice ale tulburărilor de veghe și ale epilepsiei nocturne al/a/ale lob față 120
- Bord 26. Factori asociați la cel/cea/cei/cele coșmaruri 127
- Bord 27: Factori asociați la mișcări ritmic 135
- Bord 28. Demonstrații de cel/cea/cei/cele SDE în relaţie cu cel/cea/cei/cele vârsta de 142 de ani
- Bord 29. Bord de interacțiuni de cel/cea/cei/cele droguri folosit în cel/cea/cei/cele narcolepsie 147
- Bord 30. Evaluare de Modele Funcțional 173
- Bord 31. Clasificare Placă de rețea şi NOC 174


# Grafică


- Grafic 1. Povară de boală de tulburări Nu organic al/a/ale vis 38
- Grafic 2. Punctuaţie modificat de Mallampati 109


# Figuri


- Figura 1. Percentile de durată total de vis în 24 ore din cel/cea/cei/cele copilărie până cel/cea/cei/cele adolescență 41
- Figura 2. Sistem de utilizare de chestionare pentru cel/cea/cei/cele evaluare al/a/ale vis în AP 55
- Figura 3. Sistem diagnostic al/a/ale SAHS în Atenţie Primar 112
- Figura 4. Cauze de somnolenţă ziua excesiv (SDE) 141
- Figura 5. Hipnogramă al/a/ale vis normal în o copil de 6 168 de ani
- Percentile de durată total de vis în 24 ore din cel/cea/cei/cele copilărie până cel/cea/cei/cele adolescență 178
- Figura 6. Fluctuaţie de cel/cea/cei/cele concentraţie de melatonină în timpul o perioadă de 24 199 de ore
- Figura 7. Descriere schematic de cel/cea/cei/cele plângeri de vis în pacienți cu SAF ŞI SRF 200

# Algoritmi


- Algoritm 1.152
- Algoritm 2153
- Algoritm 3 154
- Algoritm 4 155
- Algoritm 5 157
- Algoritm 6 158
- Algoritm 7 159
- Algoritm 8160

# Expoziţie 18. Declaraţie de interes*

M.a. Ines Hidalgo Vicar, Francisca Rosemary Andújar, Elena Diaz Gallego, Francisca Menchero Pini, Cristina Abad Sanz, Pilon Marin Orzanco, M.a. Îngeri Abad Blasco, Martha Nepotul Alonso, Margareta Maşină Peñate, Trandafir M.a. Hernandez López, Iosif Anthony Municius Martin, Isabela Aranda Garcia, Domingo Estevez Alcaide, Luis Dominguez Ortega, Mihail Toma Sat, M.a. Tereza Muñoz de cel/cea/cei/cele Munte apă Pavel Paşti Paşti han absența declarată a intereselor.

Miracole Merinos Andreu Ha primit sprijin de cel/cea/cei/cele industrie farmaceutic pentru asista la congresele anual de cel/cea/cei/cele SEM, SES şi ESRS. Gonzalo Fixează Dumbrave Ha a participat în un proiect de cercetare privind gaboxadolul finanțat de Sanofy și care a primit onoruri ca vorbitor în diverse conferințe de cel/cea/cei/cele AEPap. Ramón Ugarte Liban Ha a primit sprijin din partea industriei farmaceutice pentru a participa la Conferința de Pediatrie Álava.

Narcisa Palomino Urda Ha primit sprijin de cel/cea/cei/cele AEPap pentru asista la cel/cea/cei/cele al 15-lea Zi de Pediatrie în Andaluzia. Maria Aprinde Alonso Álvarez Ha primit finanțare de cel/cea/cei/cele SEPAR, de Vitalaire şi de UCB, pentru asista la diverse conferințe, şi Ha primit taxă de cel/cea/cei/cele SEPAR ca vorbitor în o curs. Petru Xavier Rodriguez Ha primit finanțare de cel/cea/cei/cele industria farmaceutică pentru asista la mai multe cursuri. M.ª Amalia Lluch Roselló Ha primit finanțare de cel/cea/cei/cele industrie farmaceutic pentru asista către XXV congres de cel/cea/cei/cele SEPEAP. Oscar Sans Capdevila a primit finanțare din industria farmaceutică ca vorbitor. Isus Alonso Fernández Ha primit finanțare de cel/cea/cei/cele industrie farmaceutic pentru asista la mai multe congrese anual de cel/cea/cei/cele SEMG şi taxă pentru mai multe prezentări. M.ª Isus Pod Barral a primit finanțare din partea industriei farmaceutice pentru a participa la mai multe conferințe anuale ale cel/cea/cei/cele SEMG. Pilon Vich Perez Ha primit taxă de SEMERGEN ca vorbitor în un congres, taxă de MSD ca coordonator de o curs şi taxă de consultanță cel/cea/cei/cele industrie farmaceutic. Jose Case Rivero Ha primit finanțare de cel/cea/cei/cele industrie farmaceutic pentru asista la conferințe de medicament de diverse asociații internaţional sănătatea adolescentului . Montserrat Pàmias Massana a primit din industria farmaceutică finanțare pentru asista la mai multe conferințe şi taxă ca vorbitor.

În materialul metodologic, disponibil atât pe site-ul GuíaSalud, cât și pe site-ul UETS, și unde informațiile sunt prezentate în detaliu, conform procesului metodologic al GPC, Este inclus modelul de formular utilizat pentru facilitarea colectării declarației de interese .

# 13. Literatură


1. Dahl RE. Consecințele somnului insuficient pentru adolescenți: legături între somn și reglarea emoțională. Phi Delta Kappan. 1999;80(5):354-359.
2. Touchette E, Petit D, Seguin JR *și colab* . Asocieri între tiparele de durată a somnului și funcționarea comportamentală/cognitivă la intrarea în școală. Somn. 2007;30:1213-1219.
3. Wolfson AR, Carskadon MA. Programul de somn și funcționarea diurnă la adolescenți. Child Dev. 1998;69: 875-887.
4. García de León, M. Dezvoltarea istorică a cercetării somnului. În: Peraita, R, coordonator. Tulburări de somn în copilărie. Madrid: CEPE; 1992. Pg. 13-25.
5. Gozal D. Apneea obstructivă în somn la copii: implicații pentru sistemul nervos central în curs de dezvoltare. Semin Pediatr Neurol. 2008;15:100-106.
6. Greenfeld M, Tauman R, Sivan Y. Randamentul monitorizării pH-ului esofagian în timpul polisomnografiei la sugarii cu tulburări de respirație în somn. Clin Pediatr (Phila). 2004;43:653-658.
7. Montgomery-Downs HE, Gozal D. Fragmentarea somnului asociată cu sforăitul la copilărie: probleme mentale dezvoltare efecte şi contribuţie de la mâna a doua ţigară fum expunere. Pediatrie. 2006;117:e496-e502.
8. Meltzer LJ, Johnson C, Crosette J *și colab* . Prevalența tulburărilor de somn diagnosticate în cabinetele de asistență medicală primară pediatrică. Pediatrics. 2010;125:e1410-e1418.
9. Grup de lucru privind GPC. Dezvoltarea ghidurilor de practică clinică în Sistemul Național de Sănătate. Manual metodologic. Madrid: Institutul Aragonez de Științe ale Sănătății-I+CS; 2006. Ghiduri de practică clinică în cadrul NHS: I+CS Nr. 2006/0I.
10. Blader JC, Liceul Koplewicz Abikoff H *și colab.* Probleme de somn la copiii de școală primară: Un sondaj comunitar. Arhitectură Pediatr Adolesc Med. 1997;151:473-480.
11. Smedje H, Broman JE, Hetta J. Relatările părinților despre somnul tulburat la copiii suedezi cu vârste cuprinse între 5 și 7 ani. Acta Pediatr. 1999;88:858-865.
12. Paavonen EJ, Aronen ET, Moilanen I *și colab* . Probleme de somn la copiii de vârstă școlară: o perspectivă complementară. Acta Pediatrică. 2000;89:223-228.
13. Stein MA, Mendelsohn J, Obermeyer WH *și colab* . Probleme de somn și comportament la copiii de vârstă școlară. Pediatrics. 2001;107:E60.
14. Fundația Națională pentru Somn. Sondajul privind somnul în America. Rezumatul rezultatelor. [sede] web]*. National Sleep Foundation, 2004 [acceso 10-4-2011]; Disponibil pe www.sleepfoundation.org.
15. Estivill E, Segarra F, Roure N. Societatea Spaniolă de Pediatrie și Îngrijire Ambulatorie Primar (SEPEAP). El insomnie de început şi întreţinere în cel/cea/cei/cele Copilărie. Pediatrie Cuprinzător. 2010; XIV (9):701-706.

16. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS *și al.* Comportamental tratament de ora de culcare probleme și noapte treziri în sugari şi tineri copii. Dormi: Jurnal de Dormi și Somn Tulburări Cercetare. 2006;29:1263-1276.

17. Mindell JA, Sadeh O, Wiegand B *și colab.* Diferențe interculturale în somnul sugarilor și copiilor mici. Sleep Med. 2010;11:274-280.

18. Mindell JA, Du Mond CE, Sadeh A *și colab* . Eficacitatea unei intervenții bazate pe internet pentru tulburările de somn la sugari și copii mici. Somn. 2011;34:451-458.

19. Sadeh A, Mindell JA, Luedtke K *și colab.* Somnul și ecologia somnului în primii 3 ani: un studiu online. J SLEEP RES. 2009;18:60-73.

20. Pin AG, Lluch RA, Borja PF. El pediatra ante los trastornos del sueño. An Esp Pediatr. 1999;50:247-252.

21. Fundația Națională pentru Somn. Sondajul privind somnul în America. Rezumatul rezultatelor. [sediu central] web]*. Fundația Națională pentru Somn, 2006 [accesat la 10-4-2011]; Disponibil la www.sleepfoundation.org.

22. Fixează AG, Cubel A.M, Martin GG *și colab.* Obiceiuri și probleme de somn de la 6 la 14 ani ani în Comunitate Valenciană. Opinia copiilor înșiși. Un pediatru (Barc). 2011;74:103-115.

23. Kahn A, Van de MC, Rebuffat E *și colab.* Probleme de somn la preadolescenți sănătoși. Pediatrie. 1989;84:542-546.

24. García-Jiménez MA, Salcedo-Aguilar F. Rodríguez-Almonacid FM *și colab.* Prevalența tulburări al/a/ale vis în adolescenți de Bazin, Spania. Rev. Neurol. 2004;39:18-24.

25. Spruyt K, O'Brien LM, Cluydts R *și colab.* Odds, Prevalența și predictorii problemelor de somn la copiii normali de vârstă școlară. J SLEEP RES. 2005;14:163-176.

26. Academia Americană de Medicină a Somnului. Clasificarea internațională a tulburărilor de somn (ICSD-2). Manual de diagnostic și codificare. 2005; Westchester, Illinois.

27. Petit D, Touchette E, Tremblay RE *și colab.* Dissomnii și parasomnii în copilăria timpurie. 2007;119:e1016-e1025.

28. Tomas Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B *și alții.* Tipare de somn și tulburări de somn în rândul școlarilor din orașul Gandia. Un pediatru. 2008;68:250-256.

29. Yilmaz K, Kilincaslan A, Aydin N *și colab.* Prevalența și corelațiile sindromului picioarelor neliniștite la adolescenți. 2011;53:40-47.

30. Schimmelmann BG, Friedel S, Nguyen TT *și colab.* Explorarea legăturii genetice dintre sindromul picioarelor neliniștite (SNP) și ADHD. J Psychiatr Res. 2009;43:941-945.

31. Picchietti D, Allen RP, Walters AS *și alții.* Sindromul picioarelor neliniștite: prevalență și impact la copii și adolescenți – studiul Peds REST. 2007;120:253-266.

32. Walters CA. Este Acolo o subpopulație de copii cu creştere dureri OMS într-adevăr au neliniște Picioare Sindrom? O recenzie de cel/cea/cei/cele literatură. Dormi Med. 2002;3:93-98.

33. Gamaldo CE, Benbrook AR, Allen RP *și al.* Copilărie şi adult factori asociat cu diagnosticul sindromului picioarelor neliniștite (RLS). Sleep Med. 2007;8:716-722.

34. Tarasiuk A, Greenberg-Dotan S, Simon-Tuval T *și alții.* Morbiditate crescută și utilizare a asistenței medicale la copiii cu sindrom de apnee obstructivă în somn. 2007;175:55-61.

35. Young T, Palta M, Dempsey J *și colab.* Apariția tulburărilor de respirație în somn la adulții de vârstă mijlocie. N Engl J Med. 1993;328:1230-1235.

36. Fixează AG, Rosello CĂTRE, Alarco MC *și colab.* Tulburări respiratorii obstructive legate de somn la copii. Epidemiologie. Factori de risc și factori genetici. Acta Otorrinola -ringol În special. 2010;61 Supl. 1:7-13.

37. Lumeng JC, Chervin RD. Epidemiologie de pediatric obstructiv dormi apnee. Proc Am Thorac Soc. 2008;5:242-252.

38. Marcus CL, Fernandes Do Prado LIVRE, Lutz J *și al.* Dezvoltare schimbări în dinamica căilor respiratorii superioare . J Appl Physiol. 2004;97:98-108.

39. Redline S, Tosteson T, Tishler PV *și colab.* Studii privind genetica apneei obstructive în somn. Agregarea familială a simptomelor asociate cu tulburări respiratorii legate de somn. Am Rev Respir Dis. 1992;145:440-444.

40. Casale M, Pappacena M, Rinaldi V *și colab.* Sindromul de apnee obstructivă în somn: de la fenotip la baza genetică. Curr Genomics. 2009;10:119-126.

41. Corbo GM, Forastiere F, Agabiti N *și colab.* Sforăitul la copiii cu vârsta cuprinsă între 9 și 15 ani: factori de risc și relevanță clinică. Pediatrics. 2001;108:1149-1154.

42. Lu LR, Peat JK, Sullivan CE. Sforăitul la copiii preșcolari: prevalență și asociere cu tusea nocturnă și astmul. Chest. 2003;124:587-593.

43. Fernandes Do Prado LB, Li X, Thompson R *și colab* . Poziția corpului și apneea obstructivă în somn în copii. Dormi. 2002;25:66-71.

44. Sterni LM, Tunkel DE. Obstructiv dormi apnee în copii: un actualizare. Pediatru Clin Nord A.m. 2003;50:427-443.

45. Hublin C., Kaprio J, Partinen M *și colab.* Prevalența și genetica somnambulismului: un studiu bazat pe populație pe gemeni. Neurologie. 1997;48:177-181.

46. Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R *și colab.* Somnambulismul și teroarea în somn la copiii prepubertali: Ce le declanșează? Pediatrie. 2003;111:e17-e25.

47. DiMario FJ, Emery ES. Istoria naturală a terorilor nocturne. Clinică Pediatrie. 1987;26: 505-511.

48. Nielsen TA, Laberge L, Paquet J *și colab.* Dezvoltarea viselor tulburătoare în timpul adolescenței și relația acestora cu simptomele de anxietate. Dormi. 2000;23:727-736.

49. Ohayon MM, Preotul RG, Zulley J *și colab.* Locul trezirilor confuzionale în somn și tulburările mintale: constatări într-un eșantion populațional general de 13.057 de subiecți. J Nerv Ment Dis. 2000;188:340-348.

50. Canet-Sanz T, Oltra C. Un studiu al parasomniilor în vârsta prepuberală. Rev. Neurol. 2007;45:12-17.

51. Huang YS, Wang CH, Guilleminault C. Un studiu epidemiologic al problemelor de somn în rândul adolescenților din nordul Taiwanului. Sleep Med. 2010;11:1035-1042.

52. Liu X, Mamă Y, Wang Y *şi colab.* Raport scurt: un studiu epidemiologic privind prevalența tulburărilor de somn în rândul copiilor cu vârste cuprinse între 2 și 12 ani din Beijing, China. 2005;115:266-268.

53. Ipsiroglu OS, Fatemi A, Werner I *și colab.* Probleme de somn organice și neorganice auto-raportate la școlari cu vârste cuprinse între 11 și 15 ani în Viena. J Sănătatea Adolescenților. 2002;31: 436-442.

54. Contreras Ramírez MM, Muñoz Martínez LC, Noreña Velásquez MC *și colab.* Prevalenţa tulburărilor de somn la şcolari din Sabaneta, Columbia 2005. Iatreia. 2008;21:113-120.

55. Bharti B, Malhi P. Kashyap S. Tipare și probleme de somn la copiii școlari. Pediatru indian. 2006;43:35-38.

56. Goodwin JL, Kaemingk KL, Fregosi RF *și colab.* Parasomnii și tulburări de respirație în somn în caucazian şi Hispanic copii - cel/cea/cei/cele Tucson pentru copii evaluare de somn apnee studiu. BMC Med. 2004;2:14.

57. Archbold KH, Pituch KJ, Panahi P *și colab.* Simptome ale tulburărilor de somn la copii la două general pediatric clinici. J Pediatru. 2002;140:97-102.

58. Cai YM, Yi ZW, Huang H *și al.* Epidemiologic anchetă de dormi tulburări pentru copii la vârste de 2-12 ani în Changsha Oraş. Bărbie J Contemp Pediatru. 2008;10:353-356.

59. Buhler M, Largo RH. Comportamentul de somn la copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani. Helv Pediatr Acta. 1981;36:533-541.

60. Abuduhaer O, Xu Relații publice, Muzhapaer D. Dormi tulburări şi lor influențare factori în primar şcoală copii din Ürümqi. Bărbie J Contemp Pediatru. 2007;9:543-545.

61. Neveus T, Cnattingius S, Olsson U *și colab.* Obiceiuri de somn și probleme de somn în rândul unui eșantion comunitar de școlari. Acta Pediatr. 2001;90:1450-1455.

62. Nevsimalova S. Narcolepsie în copilărie. Dormi Med Rev. 2009;13:169-180 .

63. Argint MH, Krahn LE, Olson EJ *și al.* Cel/Cea/Cei/Cele epidemiologie de narcolepsie în Comitatul Olmsted, Minnesota: un studiu bazat pe populație. Somn. 2002;25:197-202.

64. Nishino S, Okura M, Mignot E. Narcolepsie: Predispoziție genetică și mecanisme neurofarmacologice. Sleep Med Rev. 2000;4:57-99.

65. Pilcher JJ, Huffcutt IA. Efectele dormi privațiune pe performanţă: o meta-analiză. Somnul. 1996;19:318-326.

66. Leger D. Public sănătate şi insomnie: economic impact. Dormi. 2000;23 Supl. 3: S69-S76.

67. Hansen DE, Vandenberg B. Caracteristici neuropsihologice și diagnostic diferențial al sindromului de apnee în somn la copii. J Clin Child Psychol. 1997;26:304-310.

68. Mindell JA, Owens JA, Carskadon MA. Dezvoltare Caracteristici de dormi. Copil Adolescent Psihiatru Clin N A.m. 1999;8:695-725.

69. Dahl RE. Cel/Cea/Cei/Cele impact de inadecvat dormi pe pentru copii ziua cognitiv funcție. Semin Pediatr Neurol. 1996;3:44-50.

70. Beebe DW. Cognitiv, comportamental, și consecințele funcționale ale somnului insuficient la copii şi adolescenți. Pediatru Clin Nord A.m. 2011;58:649-665.

71. Lipsa LC. Somn întârziat și pierderea somnului la studenții universitari. J Am Coll Health. 1986;35:105-110.

72. Wolfson AR, Carskadon MA. Programele de somn și funcționarea în timpul zilei la adolescenți. Dezvoltare copil. 1998;69:875-887.

73. Trockel MT, Barnes MD, Egget DL. Variabile legate de sănătate și performanța academică în rândul studenților din primul an de facultate: implicații asupra somnului și a altor comportamente. J Am Coll Health. 2000;49:125-131.

74. Gaultney JF. Cel/Cea/Cei/Cele prevalență de dormi tulburări în colegiu studenți: impact pe academic performanţă. J A.m Coll Sănătate. 2010;59:91-97.

75. Ravid S, Afek I, Suraiya S *și colab.* Tulburările de somn sunt asociate cu performanțe școlare reduse la elevii de clasa întâi. Dev Neuropsychol. 2009;34:574-587.

76. Gruber R. Laviolette R. Deluca P. *și al.* Scurt dormi durată este asociat cu performanțe slabe la măsurătorile IQ-ului la copiii sănătoși de vârstă școlară. Medicamente pentru somn. 2010;11:289-294 .

77. Sánchez-Armengol A, Ruiz-García A, Carmona-Bernal C *și alții.* Evoluția clinică și poligrafică a tulburărilor respiratorii legate de somn la adolescenți. Eur Respir J. 2008;32:1016-1022.

78. Pérez-Chada D, Pérez-Lloret S. Videla AJ *și colab.* Tulburări respiratorii în somn și diurne somnolenţă sunt asociat cu sărac academic performanţă în adolescenți. O studiu utilizând Scala de Somnolență Diurnă Pediatrică (PDSS). Sleep. 2007;30:1698-1703.

79. Raport privind starea de sănătate a populației din Comunitatea Madrid 2009. Direcția Generală a Asistență medicală primară, Ministerul Sănătății. Madrid. 2009.

80. Sarrais F, de Castro Deputat. El insomnie. Un Sistem Sanit Navar. 2007;30 Supl. 1:121-134 .

81. Velluti RA, Poalele Munților M. Fiziologie de cel/cea/cei/cele veghe şi el vis. În: Treguerres JAF, ed. Fiziologie Uman. 2004; Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

82. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson O *și al.* Cel/Cea/Cei/Cele AASM Manual pentru cel/cea/cei/cele Scorare Somnului și evenimentelor asociate: reguli, terminologie și specificații tehnice. Academia Americană de Medicină a Somnului. 2007.

83. Rechtschaffen O, Varză varză O e.g. O manual de standardizat terminologie, tehnici și punctaj sistem pentru dormi etape de uman subiecți. Los Angeles, California: UCLA Serviciul de Informații Creibrale/Institutul de Cercetare a Creierului. 1968.

84. Hoppenbrowers T, Hodgman J, Arakawa K *și colab.* Somnul și stările de veghe la copilărie: normative studii. Dormi. 1988;11:387-401.

85. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L *și colab.* Durata somnului de la copilărie până la adolescență: valori de referință și tendințe generaționale. Pediatrics. 2003;111:302-307.

86. Gállego Pérez-Larraya J *şi colab.* Clasificarea tulburărilor de somn. Anales Sist. Sanit. Navarra [ *online* ]. Navarra, 2007. 30.supl. 1 [accesat la 10-12-2010]. Disponibil la http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003 &lng=es.

87. OMS. CIE 10: Tulburări mental şi al/a/ale comportament. Descrieri clinici şi îndrumări pentru diagnosticare. Madrid: MEDITOR. 1992.

88. Comitetul Internațional de Clasificare WONCA. ICPC-2. Clasificarea Internațională a Asistență medicală primară. Barcelona: Masson. 1999.

89. Nord Diagnosticul medical american Asociere. NANDA-I. Diagnosticele medicale: definiții și clasificare, 2007-2008.

90. Brietzke SE, Katz ES, Roberson DW. Can istorie şi fizic examinare diagnosticheze în mod fiabil sindromul de apnee/hipopnee obstructivă în somn la copii? O analiză sistematică a literaturii de specialitate. [Recenzie] [24 ref.]. Otolaryngology - Head & Neck Surgery 131(6):827-32. 2004.

91. Howard BJ, Wong J. Dormi tulburări. Pediatru Rev. 2001;22:327-342 .

92. Mindell JA, Owens JA. Algoritmi bazați pe simptome. Ghid clinic pentru somnul pediatric: Diagnosticul și gestionarea problemelor de somn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003.

93. Fixează Dumbrave G. Cubel Alarcón M., Morell Salort M. Dintre laborator al/a/ale Vis în practica clinică: Scheme de diagnostic în medicina somnului pediatric. Veghe-Somn. 2005;17,1:24-28.

94. Iwasaki M, Iemura A, Oyama T *și colab.* Un nou instrument subiectiv de evaluare a somnului pentru o sănătate bună elementar şcoală copii în Japonia. J Epidemiol. 2010;20 Supl. 2:S476-S481.

95. Iwasaki M., Iwata S, Iemura A *și colab.* Utilitatea instrumentelor subiective de evaluare a somnului pentru o sănătate bună preşcolar copii: o comparativ studiu între dormi bușteni, chestionare și actigrafie. J Epidemiol. 2010;20:143-149.

96. Velten-Schurian K, Hautzinger M., Poeți CF *și al.* Asociere între dormi modele și funcționare în timpul zilei în copii cu insomnie: contribuția de frecvența raportată de părinți de noapte trezire şi trezi timp după dormi debut. Dormi Med. 2010;11:281-288.

97. Toma KA, Burr RL. Evaluarea precisă a somnului mamei și al sugarului: câte zile în jurnal sunt necesar? Rețea multifuncțională A.m J Mamă Copil Asistente medicale. 2009;34:256-260.

98. Werner H, Molinari L, Guyer C *și colab.* Ratele de concordanță între actigrafie, jurnal și chestionar pentru pentru copii dormi modele. Arc Pediatru Adolescenți Med. 2008;162:350-358.

99. Sadeh A. Evaluarea intervenției pentru trezirea nocturnă a sugarilor: Rapoarte parentale și monitorizare la domiciliu bazată pe activitate. J Consult Clin Psychol. 1994;62:63-68.

100. Tikotzky L, Sadeh A. Tipare de somn și perturbări ale somnului la copiii de grădiniță. J Clin Child Psychol. 2001;30:581-591.

101. Owens JA, Babcock D, Blumer J *și al.* Cel/Cea/Cei/Cele utilizare de farmacoterapie în cel/cea/cei/cele Tratamentul insomniei pediatrice în asistența medicală primară: abordări raționale. Rezumatul unei întâlniri de consens. J Clin Dormi Med. 2005;1:49-59.

102. Fixează Arboledas G. Societatea Spaniolă de Pediatrie Ambulatorie și Asistență medicală primară (SEPEAP). Anexă: Chestionare și instrumente. Pediatrie completă. 2010; XIV (9):749-758.

103. Sadeh LA. Un scurt chestionar de screening pentru problemele de somn la sugari: validare și constatări pentru un Internet eșantion. 2004;113:e570-e577.

104. Owens JA, Dalzell V. Utilizarea „URȘI" Instrument de screening al somnului într-o clinică de continuitate a serviciilor pentru rezidenți pediatrici: un studiu pilot. Sleep Med. 2005;6:63-69.

105. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V *și colab.* Scala Tulburărilor de Somn pentru Copii (SDSC). Construcția și validarea unui instrument pentru evaluarea tulburărilor de somn. în copilărie și adolescență. J SLEEP RES. 1996;5:251-261.

106. Grupul Spaniol pentru Somn (GES). Consens național privind sindromul de apnee-hipopnee în somn al/a/ale vis (SAHS). Arc Bronhopneumol. 2005;41. Supliment 4:89-101.

107. Chervin RD, Hedger K, Dillon JE și colab. Chestionar privind somnul pediatric (PSQ): validitatea și fiabilitatea scalelor pentru tulburări de respirație în somn, sforăit, somnolență și probleme de comportament. Sleep Med. 2000;1:21-32.

108. Tomas VM, Miralles TA, Beseler SB. Versiunea spaniolă a Chestionarului de Somn Pediatric . Un instrument util în investigarea tulburărilor de somn la copilărie. Analiza fiabilității sale . Un pediatru (Barc). 2007;66:121-128 .

109. Sheldon SH. Evaluarea somnului la sugari și copii. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1996.

110. Richardson M., Friedman NR. Ghidul clinicianului privind tulburările de somn la copii. Nou York: Informa Healthcare: Richardson M. Friedman NR, editori. 2007

111. Grupul Pediatric al Societății Spaniole de Somn (SES) și Grupul de Somn al Societății Spaniole de Pediatrie Ambulatorie și Asistență medicală primară (SEPEAP). Măsuri preventive pentru problemele de somn de la naștere până la adolescență. Jurnalul Pediatric Spaniol. 2010; 68(4):167-173.

112. Meijer AM, Habekothe RT, furgonetă den Wittenboer GL. Mental sănătate, părinți reguli și somn la preadolescenți. J SLEEP RES. 2001;10:297-302.

113. Keener MA, Zeanah CH, Anders TF. Temperamentul sugarului, organizarea somnului și intervențiile parentale nocturne. Pediatrie. 1988;81:762-771.

114. Weissbluth M. Dormi durată şi sugar temperament. J Pediatru. 1981;99:817-819 .

115. Real Academia Spaniolă. Dicţionar de Cel/Cea/Cei/Cele limbă Spaniolă. Madrid. 2001.

116. Mindell JA, Emslie G, Blumer J *și colab.* Managementul farmacologic al insomniei la copii şi adolescenți: consens declaraţie. Pediatrie. 2006;117:e1223-e1232.

117. Morgenthaler TI, Owens J, Alessi C *și colab.* Parametri de practică pentru tratamentul comportamental al problemelor de culcare și al trezirilor nocturne la sugari și copii mici. Somn: Jurnal de Dormi şi Dormi Tulburări Cercetare. 2006;29:1277-1281.

118. Zhang J, Li AM, Kong APS *și colab.* Un studiu comunitar privind insomnia la copiii chinezi din Hong Kong: Prevalența, factorii de risc și agregarea familială. Sleep Med. 2009;10:1040-1046.

119. Yang QZ, Bu YQ, Dong SY *și colab.* O comparație a problemelor de somn la copiii de vârstă școlară între comunitățile rurale și urbane din China. J Paediatr Child Health. 2009;45:414-418.

120. Thunstrom M. O urmărire de 2,5 ani a sugarilor tratați pentru probleme severe de somn. 2000;6:225-235.

121. Bell BG, Belsky J. Părinții, creșterea copiilor și problemele de somn la copii: Explorarea efectelor reciproce. British Journal of Developmental Psychology. 2008;26:579-593.

122. Fehlings D, Weiss S., Stephens D. Treziri nocturne frecvente la sugari și preșcolari trimiși la o clinică de tulburări de somn: Rolul asociațiilor neadaptive ale somnului. Children's Health Care. 2001;30:43-55.

123. Johnson N, McMahon C. Comportamentul de somn al preșcolarilor: Asocieri cu rezistența părinților, cogniții legate de somn și interacțiuni la culcare. Revista de Psihologie și Psihiatrie a Copilului. 2008;49:765-773.

124. Morrell J, Steele H. Cel/Cea/Cei/Cele rol de atașament securitate, temperament, maternă percepție, şi îngrijire comportament în persistent sugar dormit probleme. Sugar Sănătate mintală Jurnal. 2003;24:447-468.

125. Glazură DG, Rosen CL, Owens JA. Către o definiție practică a insomniei pediatrice. Curent Terapeutic Cercetare. 2002;63:B4-B17.

126. Li S, Jin X, Yan C *și alții.* Locuința în pat și în cameră la copiii chinezi de vârstă școlară: Prevalența și asocierea cu comportamentele legate de somn. Sleep Med. 2008;9:555-563.

127. canadian Pediatric Societate. Recomandări pentru seif dormit medii pentru sugari şi copii. Pediatru Copil Sănătate. 2004;9:659-672.

128. Paavonen EJ, Pennonen M, Roine M *și alții.* Expunerea la televizor asociată cu tulburări de somn la copiii cu vârsta cuprinsă între 5 și 6 ani. J REZISTENTĂ LA SOMN 2006;15:154-161.

129. Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Probleme de somn în copilărie, debut precoce al consumului de substanțe și probleme de comportament în adolescență. Sleep Med. 2009;10:787-796.

130. Mak KK, Ho SY, Thomas GN *și colab.* Fumatul și tulburările de somn la adolescenții chinezi. Sleep Med. 2010;11:268-273.

131. Vignau J, Bailly D, Duhamel O *și al* . Epidemiologic studiu de dormi calitate şi probleme la adolescenții francezi din liceu. 1997;21:343-350.

132. Bernert RA, Merrill KA, Braithwaite SR *și al* . Familial viață stres şi insomnie simptome într-o evaluare prospectivă a tinerilor adulți. Journal of Family Psychology 2007;21:58-66.

133. Billows M, Gradisar M, Dohnt H *și alții.* Dezorganizarea familială, igiena somnului și tulburările de somn la adolescenți. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2009;38:745-752.

134. Brand S, Gerber M, Hatzinger M *și colab.* Dovezi ale asemănărilor dintre adolescenți și părinți în ceea ce privește tiparele de somn. Sleep Med. 2009;10:1124-1131.

135. Tikotzky L, Sadeh A. Rolul terapiei cognitiv-comportamentale în tulburările comportamentale Insomnie infantilă. Sleep Med. 2010;11:686-691.

136. O'Callaghan FV, Al Mamun O, O'Callaghan M *și colab.* Legătura dintre problemele de somn în copilărie și în perioada de început de viață și problemele de atenție la 5 și 14 ani: Dovezi dintr-un studiu de cohortă la naștere. Early Hum Dev. 2010;86:419-424.

137. Alfano CA, Zakem AH, Costa NM *și al.* Dormi probleme şi lor raport la cognitiv factori, anxietate, şi depresiv simptome în copii şi adolescenți. Deprimați anxietatea. 2009;26:503-512.

138. Roberts RE, Roberts CR, Chen IG. Impactul insomniei asupra funcționării viitoare a adolescenților. J Psychosom Res. 2002;53:561-569.

139. Johnson EO, Breslau N. Probleme de somn și consumul de substanțe în adolescență. Dependența de droguri și alcool. 2001;64:1-7.

140. Roane BM, Taylor DJ. Insomnia adolescentină ca factor de risc pentru depresia la vârsta adultă timpurie și abuzul de substanțe. Somn. 2008;31:1351-1356.

141. Roberts RE, Roberts CR, Chan W. Persistența și modificarea simptomelor de insomnie la adolescenți. Sleep. 2008;31:177-184.

142. Yen CF, Rege BH, Tang TC. Cel/Cea/Cei/Cele asociere între scurt şi lung nocturn durate de somn şi riscant comportamente şi cel/cea/cei/cele moderare factori în Taiwanez adolescenți. Psihiatrie Rez. 2010;179:69-74.

143. Vallido T, Peters K, O'Brien L *și alții.* Somnul în adolescență: o trecere în revistă a problemelor pentru practica medicală. J Clin Nurs. 2009;18:1819-1826.

144. Bootzin RR, Stevens SJ. Adolescenți, abuzul de substanțe, și tratamentul insomniei și somnolenței diurne. Clin Psychol Rev. 2005;25:629-644.

145. Hoban TF, Chervin RD. Dormi Tulburări în Tineri Copii: Impact pe Social/Emoțional Dezvoltare şi Opțiuni pentru Tratament. Comentariu pe Franţa, Wiggs și Owens. În: Tremblay RE, Barr RG, Petrers RDeV, eds. Enciclopedie pe Devreme Dezvoltarea Copilăriei [ *online* ]. Montreal, Quebec: Centrul de Excelență pentru Dezvoltarea Copilăriei Timpurii, 2004 [accesat 16-2-2011]. Disponibil la http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Hoban-ChervinANGxp.pdf .

146. Buckhalt JA, Wolfson AR, El-Sheikh M. Somnul copiilor și practica psihologiei școlare. School Psychology Quarterly. 2009;24:60-69.

147. Cappuccino FP, Taggart FM, Kandala NB *și colab.* Meta-analiză a duratei scurte de somn și a obezității la copii și adulți. Sleep. 2008;31(5):619-26.

148. Patel SR, Hu pe FB. Durată scurtă de somn și creștere în greutate: o revizuire sistematică. [Recenzie] [56 ref.]. Obezity 16(3):643-53. 2008.

149. Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Durata somnului este asociată cu obezitatea infantilă? A sistematic recenzie şi meta-analiză. [Recenzie] [64 ref.]. Obezitatea 16(2):265-74. 2008.

150. Bos SC, Gomes O, Clemente V *şi colab.* Probleme de somn şi comportament/emoţionale la copii: Un studiu bazat pe populaţie. Medicamente pentru somn. 2009;10:66-74.

151. Amschler DH, McKenzie JF. Elementar studenţilor dormi obiceiuri şi profesor observaţii de legate de somn probleme. 2005;75:50-56.

152. Joo S, Fluierul piciorului C, Kim J *şi al.* Prevalenţa şi corelează de excesiv ziua somnolenţă la elevii de liceu din Coreea. Psychiatry Clin Neurosci. 2005;59:433-440.

153. Yang CM, Wu CH, Hsieh MH *şi colab.* Gestionarea tulburărilor de somn în rândul tinerilor adulţi: Un sondaj realizat în rândul studenţilor din primul an de facultate din Taiwan. *Behavioral Medicine*. 2003;29:133-138.

154. Scher A, Zukerman S, Epstein R. Treziri nocturne persistente şi dificultăţi de aşezare pe parcursul primului an: precursori timpurii ai problemelor comportamentale ulterioare? Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2005;23:77-88.

155. Dregan O, Armstrong D. Adolescenţă dormi tulburări ca predictori de somnul la vârsta adultă tulburări – O cohortă studiu. J Adolescenţi Sănătate. 2010;46:482-487.

156. Morgenthaler T, Kramer M. Alessi C *şi colab.* Parametri de practică pentru psihologie şi comportamental tratament de insomnie: un actualizare. Un american academie de Raport privind medicina somnului . Somn. 2006;29:1415-1419.

157. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ *şi colab.* Tratamentul psihologic şi comportamental al insomniei: actualizare a dovezilor recente (1998-2004). [Recenzie] [82 ref.]. Sleep. 2006;29:1398-1414.

158. Autoritatea Naţională Franceză pentru Sănătate (HAS). Managementul pacienţilor adulţi care se plâng de insomnie în medicament general. Recomandări Pentru Acolo practic clinic. Argument . SFTG-HAS (Serviciu pentru recomandări profesionale şi serviciu pentru evaluare medico-economică şi sănătate publică). 2006.

159. Declercq T, Rogiers R, Habraken H *şi colab.* Insomnie: Recomandare pentru îngrijirea de primă linie. Recomandări de bune practici. 2005.

160. Asociaţia Medicală din Alberta. Grupul de lucru pentru ghidurile de practică clinică. Insomnia la adulţi: De la diagnostic la management. 2007.

161. Wang MY, Wang Sy, Tsai PS. Terapia cognitiv-comportamentală pentru insomnia primară: o analiză sistematică. Journal of Advanced Nursing. 2005;50:553-564.

162. Bakotic M, Radosevic-Vidacek B, Koscec A. Educarea adolescenţilor cu privire la somnul sănătos: studiu experimental privind eficacitatea unui pliant educaţional. CRAYT Medical Journal 50(2):174-81. 2009.

163. Morin CM. Cognitiv-comportamental Terapie de Insomnie. Dormi Med Clin. 2006; 375-386.

164. Montgomery P. Dunne D. Dormi tulburări în copii. Clin Evid ( *online* ). 2007.

165. Ramchandani P. Wiggs L. Webb V *şi colab* . O analiză sistematică a tratamentelor pentru rezolvarea problemelor şi a trezirilor nocturne la copiii mici. 2000;320:209-213.

166. France KG, Blampied NM. Modificări ale ignorării sistematice în management tulburărilor de somn la sugari: eficacitate și suferință la sugar. 2005;27:1-16.

167. Durand V. Când Copii Nu Dormi Bine: Intervenții pentru Pediatric Dormi Tulburări ale părinților Părinte de registru de lucru Caiet de lucru. 2008; Nou York: Oxford University Press, SUA.

168. Stremler R, Hodnett E, Lee K *și colab.* O intervenție comportamental-educațională pentru a promova maternă şi sugar dormi: o pilot randomizat, controlat proces. Dormi. 2006;29: 1609-1615.

169. Roberts NH, Escoto Urgențe. "Noastre copil nu va merge la pat!": O funcţional evaluare și intervenție din perspectiva rezilienței familiale. Jurnalul de Psihologie Individuală . 2002;58:245-249.

170. Eckerberg B. Tratament de dormi probleme în familii cu mic copii: este informații scrise suficient? Acte Pediatru. 2002;91:952-959.

171. Asociația Australiană pentru Sănătatea Mintală a Sugarilor. Plânsul controlat: document de poziție AAIMHI. 2004.

172. Skuladottir O, Thome M, Ramel O. Îmbunătățirea problemelor de somn diurn și nocturn la sugari prin schimbare zi timp dormi ritm: O singur grup înainte şi după studiu. Int J Stud de asistente medicale. 2005;42:843-850.

173. Hall WA, Clauson M., Carty EM *și al.* Efecte pe părinţi de un intervenţie la rezolvarea problemelor comportamentale de somn la sugari. asistență medicală pediatrică. 2006;32:243-250.

174. Hiscock H, Bayer J, Aur L. *și al* . Îmbunătățirea sugar dormi şi maternă mental sănătate: o grup randomizat proces. 2007;92:952-958.

175. Selim CA, Franţa KG, Blampied NM *și al* . Tratare rezistent la tratament sugar Tulburări de somn cu farmacoterapie combinată și intervenții familiale comportamentale . Psiholog australian. 2006;41:193-204.

176. Cluster de Post de cel/cea/cei/cele Ghid de Practica Clinică pentru el Management de Pacienți cu Insomnie în Atenţie Primar. Ghid de Practica Clinică pentru el Management de Pacienți cu Insomnie în Atenţie Primar. Plan de Calitate pentru el Sistem Naţional de Sănătate al Ministerului Sănătății și Politicilor Sociale. Unitatea de Evaluare Tehnologii în domeniul sănătății . Agenția Laín Entralgo. Comunitatea Madridului. 2009; Ghiduri de practică clinică în el SNS: UETS Nu. 2007/5-1.

177. De la Gándara Martín JJ, García Moja LC. Vademecum de Psihoterapii, vol. 1. Tehnici de terapie comportamentală și tehnici de relaxare. Madrid: Ed. Luzan, SA. 2000.

178. García Ramos J, Gallego Rodríguez JM. Psihoterapii în asistența medicală primară. Educație medicală continuă. 2003.

179. Stern T, Herman J, Slavin P. Psihiatria în cadrul asistenței medicale primare: un ghid practic. Spitalul General din Massachusetts. 2005.

180. Vázquez-Barquero JL *și colab.* Psihiatrie în Asistență medicală primară. Madrid: Cluster Aula Médica, SA. 1998.

181. Morin CM, Stone J, Trinkle D *și colab* . Convingeri și atitudini disfuncționale despre somn în rândul adulților în vârstă cu și fără plângeri de insomnie. Psychol Aging. 1993;8: 463-467.

182. Brown FC, Buboltz WC, Jr., Soper B. Dezvoltarea și evaluarea tratamentului pentru somn şi educaţie program pentru studenți (PAȘI). 2006;54:231-237.

183. Carney CE, Waters WF. Efectele unei proceduri structurate de rezolvare a problemelor asupra stimulării cognitive pre-somn la studenții cu insomnie. Medicamente pentru somn comportamental. 2006;4:13-28.

184. Efron D., Hiscock H, Sewell JR *și colab* . Prescrierea medicamentelor psihotrope pentru copii de către Pediatri și psihiatri pediatri australieni. Pediatrie. 2003;111:372-375.

185. France KG, Blampied NM, Wilkinson P. O evaluare dublu-orbă, cu valori inițiale multiple, a efectelor tartratului de trimeprazină asupra tulburărilor de somn la sugari. Exp Clin Psychopharmacol. 1999;7:502-513.

186. Owens JA, Rosen CL, Mindell JA. Utilizarea medicamentelor în tratamentul insomniei pediatrice: rezultatele unui sondaj în rândul pediatrilor din comunitate. Pediatrie. 2003;111:e628- e635.

187. Stojanovski SD, Rasu RS, Balkrishnan R *și colab* . Tendințe în prescrierea medicamentelor pentru dificultățile de somn la copii în mediile ambulatorii din SUA. Dormi: Jurnalul de Cercetare a Somnului și Tulburărilor de Somn. 2007;30:1013-1017.

188. Franţa KG, Blampied NM, Wilkinson P. Tratament de sugar dormi tulburare de trimeprazină în combinaţie cu extincţie. Jurnal de Dezvoltare şi Pediatrie comportamentală. 1991;12:308-314.

189. Waldhauser F, Weiszenbacher G. Tatzer E. *și al* . Modificări în nocturn ser nivelurile de melatonină la oameni odată cu creșterea și îmbătrânirea. J Clin Endocrinol Metab. 1988;66:648-652 .

190. Jan JE, Espezel H, Appleton RE. Tratamentul tulburărilor de somn cu melatonină. Dev. Med Copil Neurol. 1994;36:97-107.

191. Pandi-Perumal SR, Srinivasan V, Maestroni GJ *și colab* . Melatonina: Cel mai versatil semnal biologic al naturii? FEBS J. 2006;273:2813-2838.

192. Banta S. Utilizarea melatoninei la copii și adolescenți: perspectiva clinicienilor și a părinților. Child and Adolescent Mintal Health. 2008;13:82-84.

193. Mărăcine D, Feehan C. Psihiatrii utilizare de melatonină cu copii. 2005;10:145-149 .

194. Smits MG, Nagtegaal EE, van der Heijden J *și colab* . Melatonină pentru insomnia cronică cu debut în somn la copii: Un studiu randomizat controlat cu placebo. J Child Neurol. 2001;16:86-92.

195. Ivanenko O, Crabtree Mașină virtuală, Tauman R. *şi al.* Melatonină în Copii şi Adolescenți cu Insomnie: O Retrospectiv Studiu. Clin Pediatru. 2003;42:51-58.

196. Buscemi N, Vandermeer B., Pandya R *și colab* . Melatonină pentru tratamentul tulburărilor de somn. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2004;1-7.

197. Hoebert M., Van Der Heijden KB, van G, Eu *și colab* . Urmărirea pe termen lung a tratamentului cu melatonină la copiii cu ADHD și insomnie cronică cu debut în somn. J Pineal Res. 2009;47:1-7.

198. Van Geijlswijk I, Van Der Heijden KB, Egberts AC *şi colab* . Determinarea dozei de melatonină pentru insomnia cronică idiopatică a somnului din copilărie: un studiu clinic randomizat (RCT). Psihofarmacologie (Berl). 2010;212:379-391.

199. Van Geijlswijk I, Mol RH, Egberts TC *și colab* . Evaluarea somnului, pubertății și sănătății mintale la copiii cu tratament pe termen lung cu melatonină pentru insomnia cronică idiopatică cu debut în somnul infantil. Psychopharmacology (Berl). 2011;216:111-120.

200. Cubero J, Chanclon B, Sánchez S *și colab* . Îmbunătățirea calității somnului sugarilor prin includerea la cină a cerealelor îmbogățite cu triptofan, adenozin-5'-fosfat și uridin-5'-fosfat. Nutr Neurosci. 2009;12:272-280.

201. Koetter U., Schrader E., Kaufeler R *și colab.* O metodă randomizată, dublu orb, controlat cu placebo, Studiu clinic prospectiv pentru a demonstra eficacitatea clinică a unei combinații fixe de extract de hamei și valeriană (Ze 91019) la pacienții care suferă de tulburări de somn non-organice. Cercetare în fitoterapie. 2007;21(9):847-851.

202. Morin CM, Koetter U, Bastien C *et al.* Combinație de valeriană-hamei și difenhidramină pentru tratare insomnie: o randomizat controlat cu placebo clinic studiu 94. Somn. 2005;28(11):1465-71.

203. Wheaton AG, Alb HM, Gizlice Z *și al* . Medicinal iarbă utilizare în o sondaj populațional în rândul adulților: prevalența și frecvența utilizării, motive pentru utilizare, și folosesc printre ei copii. Ana Epidemiol. 2005;15:678-685.

204. Zhang Y, Fein EB, Fein SB. Administrarea sugarilor în Statele Unite cu suplimente botanice alimentare și ceaiuri. Pediatrie. 2011;127:1060-1066.

205. Forquer LM, Johnson CM. Zgomot alb continuu pentru a reduce rezistența la adormire și noapte treziri în copii mici. 2005;27:1-10.

206. Spencer JA, DJ-ul Moran, Lee A *și colab.* Zgomot alb și inducerea somnului. Arch Dis Child. 1990;65:135-137.

207. Winkelmann J, Schormair B, Lichtner P *și colab* . Studiul de asociere la nivelul întregului genom al sindromului picioarelor neliniștite identifică variante comune în trei regiuni genomice. Nat Genet. 2007;39:1000-1006.

208. Muhle H, Neumann A, Lohmann-Hedrich K *și colab.* Sindromul picioarelor neliniștite cu debut în copilărie: clinic şi genetic Caracteristici de 22 familii. Mutare Dezordine. 2008;23:1113-1121.

209. Allen RP, Picchietti D, Hening WA *și al.* Neliniştit picioare sindrom: diagnostic criterii speciale considerații, și epidemiologie. Un raport al atelierului de diagnostic și epidemiologie a sindromului picioarelor neliniștite de la Institutele Naționale de Sănătate. Sleep Med. 2003;4:101-119.

210. Konofal E, Lecendreux M, Deron J *și colab* . Efectele suplimentării cu fier asupra deficitului de atenție hiperactivitate tulburare în copii. Pediatru Neurol. 2008;38:20-26.

211. Simakajornboon N, Gozal D, Vlašić V *și colab* . Mișcările periodice ale membrelor în somn și nivelul fierului la copii. Dormi: Jurnalul de Cercetare a Somnului și Tulburărilor de Somn. 2003;26: 735-738.

212. Mindell JA, Owens JA. Sindromul picioarelor neliniștite și tulburarea de mișcare periodică a membrelor. Ghid clinic pentru somnul pediatric: diagnosticul și gestionarea problemelor de somn. ; Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.

213. Picchietti MA, Picchietti DL. Progrese în sindromul picioarelor neliniștite la copii: fier, genetică, diagnostic și tratament. Sleep Med. 2010;11:643-651.

214. Picchietti DL, Stevens EL. Devreme manifestări de neliniştit picioare sindrom în copilărie şi adolescenţă. Dormi Med. 2008;9:770-781.

215. Kotagal S, Silber MH. Sindromul picioarelor neliniștite cu debut în copilărie. Ann Neurol. 2004;56:803-807.

216. Cortese S, Konofal E, Lecendreux M *și alții.* Sindromul picioarelor neliniștite și tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate: o trecere în revistă a literaturii de specialitate. Sleep. 2005;28:1007-1013.

217. Silvestri R. Gagliano O, Arico I *și colab.* Tulburări de somn la copiii cu Tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) înregistrată peste noapte prin video-polisomnografie. Sleep Med. 2009;10:1132-1138.

218. Wiggs L, Montgomery P, Magazine G. Rapoarte actigrafice și ale părinților privind tiparele de somn și tulburările de somn la copiii cu subtipuri de tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție. Sleep. 2005;28:1437-1445.

219. Huang YS, Chen NH, Li HY *și al* . Dormi tulburări în Taiwanez copii cu tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate. J SLEEP RES. 2004;13:269-277.

220. Picchietti DL, England SJ, Walters AS *și colab* . Tulburarea de mișcare periodică a membrelor și sindromul picioarelor neliniștite la copiii cu tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate. J Child Neurol. 1998;13:588-594.

221. Hening W, Allen R, Earley C *și colab* . Tratamentul sindromului picioarelor neliniștite și al tulburării de mișcare periodică a membrelor. O recenzie a Academiei Americane de Medicină a Somnului. Somn. 1999;22:970-999.

222. Arbuckle R. Abetz L., Durmer JS *și colab* . Dezvoltarea sindromului picioarelor neliniștite la copii Severitate Scară (P-RLS-SS): o raportat de pacient rezultat măsură de pediatric RLS simptome şi impact. Dormi Med. 2010;11:897-906.

223. Dworak M., Ieșire O, Alfer D. *și al* . Crescut lent val dormi şi redus etapă 2 somn la copii în funcție de intensitatea exercițiilor fizice. Medicamente pentru somn. 2008;9:266-272.

224. Aukerman MM, Aukerman D, Bayard M. *și al* . Exercita şi neliniştit picioare sindrom: o metodă randomizată controlat proces. J A.m Bord Familie Med. 2006;19:487-493.

225. Wang J, O'Reilly B, Venkataraman R *și al.* Eficacitate de oral fier în pacienți cu neliniștit picioare sindrom şi o normal scăzut feritină: O randomizat, dublu-orb, studiu controlat cu placebo . Medicamente pentru somn. 2009;10:973-975.

226. Mohri I, Kato-Nishimura K, Tachibana N *şi colab* . Sindromul picioarelor neliniştite (RLS): o cauză nerecunoscută a problemelor de culcare şi a insomniei la copii. Sleep Med. 2008;9:701-702.

227. Kryger MH, Otake K, Foerster J. Rezerve scăzute de fier în organism şi sindromul picioarelor neliniştite : o corectabil cauza de insomnie în adolescenţi şi adolescenţi. Dormi Med. 2002;3: 127-132.

228. Starn AL, Udall JN, Jr. Fier deficit anemie, pica, şi neliniştit picioare sindrom în un adolescent fată. Clin Pediatru (Phila). 2008;47:83-85.

229. Banno K, Koike S, Yamamoto K. Sindromul picioarelor neliniștite la un băiat de 5 ani cu rezerve scăzute de fier în organism. Sleep Biol Rhythms. 2009;7(1):52-54.

230. Konofal E, Cortese S, Lecendreux M *şi colab.* Eficacitatea suplimentării cu fier la un tânăr copil cu deficit de atenție/hiperactivitate tulburare. Pediatrie. 2005;116:e732-e734.

231. Sever Y. Aşkenazi A., Tyano S *şi colab* . Tratamentul cu fier la copiii cu tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate. Un raport preliminar. Neuropsychobiology. 1997;35:178-180.

232. Agenţie Spaniolă de Medicamente şi Produse Toalete AEMPS. Medicamente autorizate în Spania (uz uman). [site web]*. Agenția Spaniolă pentru Medicamente şi Produse Toalete AEMPS, 2011 [acces [20-6-2011]. Disponibil la adresa http://www.aemps.gob.es/.

233. Sac RL, Auckley D. Auger RR *şi colab.* Tulburări de somn cu ritm circadian: partea a II-a, tulburare avansată a fazei de somn, tulburare întârziată a fazei de somn, tulburare de mers liber și tulburare neregulată a ritmului de somn ritmul somn-veghe. Un american Recenzie a Academiei de Medicină a Somnului. Somn. 2007;30:1484-1501.

234. Wyatt JK. Sindromul fazei de somn întârziate: fiziopatologie și opțiuni de tratament. Somn. 2004;27:1195-1203.

235. Sadeh O, Dahl RE, Șahar G. *și al* . Dormi şi cel/cea/cei/cele tranziţie la adolescenţă: o studiu longitudinal . Dormi. 2009;32:1602-1609.

236. García J, Rosen G, Mahowald M. Circadian ritmuri şi circadian ritm tulburări la copii și adolescenți. Semin Pediatr Neurol. 2001;8:229-240.

237. Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C *și colab.* Parametri de practică pentru evaluarea clinică și tratamentul tulburărilor de ritm circadian al somnului. Un american Raportul Academiei de Medicină a Somnului. Somn. 2007;30:1445-1459.

238. Chesson AL, Jr., Littner M, Davila D *și colab* . Parametri de practică pentru utilizarea terapiei cu lumină în cel/cea/cei/cele tratament de dormi tulburări. Standarde de Practica Comitet, Academia Americană de Medicină a Somnului. Dormi. 1999;22:641-660.

239. Van G, I, Korzilius HP, Smits MG. Utilizarea melatoninei exogene în tulburarea de fază întârziată a somnului: o meta-analiză. Sleep. 2010;33:1605-1614.

240. Okawa M, Takahashi K, Egashira K *și colab* . Tratamentul cu vitamina B12 pentru sindromul fazei de somn întârziate: Un studiu multicentric, dublu-orb. Psychiatry Clin Neurosci. 1997;51:275-279.

241. Russi Delfraro ME, Sans Capdevila O. Societatea Spaniolă de Pediatrie Ambulatorie și Asistență medicală primară (SEPEAP). Tulburări respiratorii legate de somn. copil cu boală cronică: hârtie al/a/ale vis în cel/cea/cei/cele evoluţie. Pediatrie Integral. 2010; XIV (9):737-747.

242. Alonso-Álvarez ML *și colab* . Document de consens privind sindromul de apnee-hipopnee în somn la copii (versiunea completă). Arch Bronconeumol. 2011;47. Supliment 5:2-18.

243. De Miguel-Diez J, Villa-Asensi JR, Varez-Sala JL. Prevalența tulburărilor respiratorii în somn la copiii cu sindrom Down: constatări poligrafice la 108 copii. Somn. 2003;26:1006-1009.

244. Shott SR, Amin R, Chini B *și colab* . Apnee obstructivă în somn: Ar trebui testați toți copiii cu sindrom Down? Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;132:432-436.

245. Guimaraes CV, Donnelly LF, Shott SR, Amin RS, Kalra M. Macroglosie relativă mai degrabă decât absolută la pacienții cu sindrom Down: implicații pentru tratamentul apneei obstructive în somn. Pediatr Radiol. 2008; 38(10):1062-7.

246. Toma Mașină virtuală, Beseler SB, Benac PM *și colab* . Tulburări de somn la copii și adolescenți cu dificultăți de învățare. Studiu comparativ între elevii dintr-o școală obișnuită și o școală specială din Comunitatea Valencia (Spania). Un pediatru (Barc). 2008;69:335-341.

247. Gozal D, Simakajornboon N, Holbrook CR. Tendințe seculare în obezitate și somnolență diurnă raportată parenteral în rândul copiilor trimiși la un centru de somnologie pediatrică pentru sforăit şi suspectat tulburări de somn respiraţie (SDB). Dormi. 2006; 29: A74.

248. Kotagal P, Yardi N. Relația dintre somn și epilepsie. Semin Pediatr Neurol. 2008;15:42-49.

249. Bhattacharjee R, Gozal D. Boli cardiovasculare și tulburări de respirație în somn: Sunt copiii vulnerabili? Somn. 2009;32:1251-1252.

250. Liao D, Li X, Rodríguez-Colón SM *și alții.* Tulburări de respirație în somn și modulație autonomă cardiacă la copii. Sleep Med. 2010;11:484-488.

251. Gozal D, Kheirandish-Gozal L. Serpero LD *și colab.* Apneea obstructivă în somn și funcția endotelială la copiii de vârstă școlară fără obezitate: Efectul adenoamigdalectomiei. Circulație. 2007;116:2307-2314.

252. De la Pena M., Barceló O, Barbă F și al. Endotelial funcţie şi circulant endotelial progenitor celule în pacienți cu dormi apnee sindrom. Respiraţie. 2008;76:28-32.

253. Amin RS, Kimball TR, Kalra M *și colab.* Funcția ventriculară stângă la copiii cu tulburări de somn respiraţie. A.m J Cardiol. 2005;95:801-804.

254. Sans Capdevila O, Kheirandish-Gozal L, Dayyat E *et al.* Apneea obstructivă în somn la copii. Complicații, Management, și Rezultate pe termen lung. Proc A.m Thorac Soc. 2008;(5): 274-282.

255. Kheirandish-Gozal L, Bhattacharjee R, Gozal D. Alterări autonome și endoteliale disfuncție în pediatric obstructiv dormi apnee. Dormi Med. 2010;11:714-720.

256. Zintzaras E, Kaditis AG. Tulburări de respirație și tensiune arterială în somn la copii: o meta-analiză. 2007;161:172-178.

257. Levy P, Bonsignore MR, Eckel J. Somnul, tulburările de respirație în somn și consecințele metabolice. Eur Respir J. 2009;34:243-260.

258. Tresaco B, Bun G. Pineda Eu *și al.* Homeostatic model evaluare (HOMA) valori limită ale indicelui pentru identificarea sindromului metabolic la copii. J Physiol Biochem. 2005;61:381-388.

259. Tauman R. O'Brien LM, Ivanenko A *și colab* . Obezitatea, mai degrabă decât severitatea tulburărilor de somn respiraţie ca cel/cea/cei/cele major determinant de insulină rezistenţă şi modificat lipidemia la copiii care sforăie. Pediatrie. 2005;116:e66-e73.

260. Owens JA, Mehlenbeck R. Lee J *și al* . Efect de greutate, dormi durată, şi somn comorbid tulburări pe comportamental rezultate în copii cu tulburări de somn respirație. Arhiva Pediatrică Adolesc Med. 2008;162:313-321.

261. Friedman BC, Hendeles-Amitai A, Kozminsky E *și colab* . Adenoamigdalectomia îmbunătățește funcția neurocognitivă la copiii cu sindrom de apnee obstructivă în somn. Somn. 2003;26:999-1005.

262. Beebe DW, Ris MD, Kramer EU *și al.* Cel/Cea/Cei/Cele asociere între dormi tulburări de respirație - roșeață, notele academice și funcționarea cognitivă și comportamentală la subiecții supraponderali în perioada copilăriei mijlocii și târzii. Somn. 2010;33:1447-1456.

263. Gozal D, Papa D. Sforăitul în copilăria timpurie și performanța academică la 13-14 ani ani. Pediatrie (ed.) În special). 2001;51:427.

264. Byars K, Apiwattanasawee P, Leejakpai A *și colab* . Tulburări comportamentale de somn la copii trimiși clinic pentru evaluarea apneei obstructive în somn. Sleep Med. 2011;12:163-169.

265. Esteller ŞI, Barceló M., Segarra F *şi către* . Modificări neurocognitiv şi comportamental în tulburările respiratorii legate de somn la copii. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60 (5):325-331.

266. Bass JL, Corwin M, Gozal D *și colab* . Efectul hipoxiei cronice sau intermitente asupra cogniției în copilărie: o analiză a dovezilor. Pediatrie. 2004;114:805-816.

267. Crabtree VM, Varni JW, Gozal D. Calitatea vieții legată de sănătate și simptomele depresive la copiii cu suspiciune de tulburări de respirație în somn. Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research. 2004;27:1131-1138.

268. Kotagal S. Hipersomnia la copii: interfața cu tulburările psihiatrice. Clinica de Psihiatrie a Copilului și Adolescenților N A.m. 2009;18:967-977.

269. Aronen ET, Liukkonen K, Simola P *și alții.* Dispoziția este asociată cu sforăitul la copiii de vârstă preșcolară. J Dev Behav Pediatr. 2009;30:107-114.

270. Friedlander SL, Larkin EK, Rosen CL *și al* . Scăzut calitate de viaţă asociat cu obezitate la copiii de vârstă școlară. Arhitectură Pediatr Adolesc Med. 2003;157:1206-1211.

271. Franco RA, Jr., Rosenfeld RM, Rao M. Premiul I pentru științe clinice pentru rezidenți 1999. Calitatea vieții copiilor cu apnee obstructivă în somn. Otolaryngol Head Neck Chirurg. 2000;123:9-16.

272. Gozal D, Serpero LD, Kheirandish-Gozal L *și colab* . Măsurători ale somnului și niveluri plasmatice de TNF-alfa matinale la copiii cu tulburări de respirație în somn. Dormi. 2010;33:319-325.

273. Gozal D, Kheirandish-Gozal L. Obezitatea şi excesiv ziua somnolenţă în prepubertal copii cu obstructiv dormi apnee. Pediatrie. 2009;123:13-18.

274. Baldassari CM, Mitchell RB, Schubert C *și colab.* Apneea obstructivă în somn la copii și calitatea vieții: o meta-analiză. Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;138:265-273.

275. De Serres LM, Derkay C, Astley S *și colab* . Măsurarea calității vieții la copiii cu tulburări obstructive de somn. Arch Otolaryngol Chirurgie cap-gât. 2000;126:1423-1429.

276. Goldstein NA, Pugazhendhi V, Rao SM *și colab* . Evaluarea clinică a apneei obstructive în somn la copii. Pediatrie. 2004;114:33-43.

277. Academia Americană de Pediatrie. Secțiunea de Pneumologie Pediatrică. Ghid de practică clinică: Diagnosticul și gestionarea sindromului de apnee obstructivă în somn la copii. Pediatrie. 2002;109:704-712.

278. Cardiorespirator dormi studii în copii. Stabilire de normativ date şi predictori polisomnografici ai morbidității. american Societatea Toracică Îngrijire critică Am J Respir Med. 1999;160:1381-1387.

279. Powell SM, Tremlett M, Bosman DA. Calitatea vieții copiilor cu tulburări de respirație în somn tratați prin adenoamigdalectomie. J Laryngol Otol. 2011;125:193-198.

280. Sivan Y, Kornecki A, Schonfeld T. Screeningul sindromului de apnee obstructivă în somn prin înregistrare video la domiciliu la copii. Eur Respir J. 1996;9:2127-2131.

281. Bruni O, Ferri R. Novelli L *și colab* . Instabilitatea somnului NREM la copiii cu teroare în somn: rolul întreruperilor activității undelor lente. Clin Neurophysiol. 2008;119:985-992.

282. Guilleminault C, Lee JH, Chan O *și al* . Somn non-REM instabilitate în recurent Somnambulismul la copiii prepubertali. Medicamente pentru somn. 2005;6:515-521.

283. Hopkins B, Glazură D. Tulburări de excitare în copii. Pediatru Ann. 2008;37:481-487 .

284. Mindell JA, Owens JA. Parţial Parasomnii de excitație: Somnambulism, Dormi Teroare și confuzie Excitații. O Clinic Ghid la Pediatric Dormi: Diagnostic şi Gestionarea problemelor de somn. Philadelphia: Lippincott Williams și Wilkins. 2010

285. Kales A, Soldatos CR, Bixler EO. Ereditară factori în somnambulism şi terori nocturne. Br J Psihiatrie. 1980;137:111-118.

286. Lecendreux M, Bassetti C, Dauvilliers Y *și colab* . HLA și susceptibilitatea genetică la somnambulism. Psihiatrie Mol. 2003;8:114-117.

287. Pressman MR. Factorii care predispun, amorsează și precipită parasomniile NREM la adulți: implicații clinice și medico-legale. Sleep Med Rev. 2007;11:5-30.

288. Zadra O, Pilon M, Montplaisir J. Diagnosticul polisomnografic al somnambulismului: efectele privării de somn. Ann Neurol. 2008;63:513-519.

289. Schenck CH, Mahowald MW. Două cazuri de premenstrual dormi terori și somnambulism vătămător . J Psychosom Obstet Gynecol. 1995;16:79-84.

290. Kales JD, Kales A, Soldatos CR. Somnambulismul și terorile nocturne legate de bolile febrile. Am J Psihiatrie. 1979;136:1214-1215.

291. Larsen CH, Dooley J, Gordon K. Asociată cu febra confuzional excitare. EURO J Pediatr. 2004;163:696-697.

292. Eidlitz-Markus T, Zeharia A. Parasomnie parțială de excitație indusă de pertussis la adolescenți . Neurolog Pediatric. 2006;35:264-267.

293. Gau SF, Soong WT. Comorbiditate psihiatrică a adolescenților cu terori în somn sau somnambulism: un studiu caz-control. Psihiatrie Aust NZJ. 1999;33:734-739.

294. Charney DS, Kales A, Soldatos CR *și alții* . Episoade de tip somnambulism secundare tratamentului combinat cu litiu și neuroleptice. Br J Psychiatry. 1979;135:418-424.

295. Hafeez ZH, Kalinowski CM. Somnambulism indus de quetiapină: Două rapoarte de caz și o analiză a literaturii de specialitate. CNS Spectr. 2007;12:910-912.

296. Lange CL. Somnambulism asociat medicamentelor. J A.m Copil academic Psihiatrie Adolescentului. 2005;44:211-212.

297. Liskow B, Pikalov A. Supradozajul cu zaleplon asociat cu somnambulismul și comportamentul complex. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43:927-928.

298. Von Vigier RO, Vella S, Bianchetti MG. Somnambulism agitat cu terapie cu fluorochinolone. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:484-485.

299. Ghanizadeh A. Insomnie, noapte teroare și depresie înrudit la clonidină în deficit de atenție/hiperactivitate tulburare. J Clin Psihofarmacol. 2008;28:725-726 .

300. Hu Y, Liao JX, Chen L *și alții.* Eficacitatea și siguranța levetiracetamului adjuvant la copiii cu vârsta sub 4 ani cu epilepsie refractară. Chin J Contemp Pediatr. 2010;12: 256-258.

301. Barabas G, Ferrari M, Matthews WS. Migrena si somnambulismul copilariei. Neurologie. 1983;33:948-949.

302. Casez O, Dananchet Y, Besson G. Migrenă și somnambulism. Neurologie. 2005;65:1334-1335.

303. Corkum P, Tannock R. Moldofsky H. Dormi tulburări în copii cu Tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998;37: 637-646.

304. O'Brien LM, Holbrook CR, Mervis CB *și colab* . Caracteristici ale somnului și neurocomportamentale la copii cu vârsta cuprinsă între 5 și 7 ani cu simptome de tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate raportate de părinți. Pediatrics. 2003;111:554-563.

305. Smedje H, Broman JE, Hetta J. Asociații între somn perturbat și comportament dificultăți de viață la 635 de copii cu vârste cuprinse între șase și opt ani: Un studiu bazat pe percepțiile părinților. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2001;10:1-9.

306. Walters AS, Silvestri R, Zucconi M *şi colab* . Recenzie a posibilei relaţii şi a ipotezei linkuri între Atenţie Deficit Hiperactivitate Tulburare (ADHD) şi simplul dormi înrudit circulaţie tulburări, parasomnii, hipersomnii, şi ritmul circadian tulburări. J Clin Dormi Med. 2008;4:591-600.

307. Barabas G, Matthews WS, Ferrari M. Tulburări de excitare în sindromul Gilles de la Tourette. Neurologie. 1984;34:815-817.

308. Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T *și colab* . Parametri de practică pentru indicațiile polisomnografiei și procedurilor conexe: o actualizare pentru 2005. Dormi. 2005;28:499-521.

309. Principii şi practica de pediatric dormi medicament. STATELE UNITE ALE AMERICII: Elsevier/Saunders. 2005.

310. Abad VC, Guilleminault C. Diagnosticul și tratamentul tulburărilor de somn: O scurtă trecere în revistă pentru clinicieni. Dialogues Clin Neurosci. 2003;5:371-388.

311. Schenck CH, Boyd JL, Mahowald MW. O tulburare de suprapunere a parasomniei care implică somnambulismul, terori în somn, și tulburare de comportament în somnul REM în 33 de cazuri confirmate polisomnografic. Dormi. 1997;20:972-981.

312. Schenck CH, Mahowald MW. Tulburare de comportament în somnul REM: perspective clinice, de dezvoltare și neuroștiințe la 16 ani de la identificarea sa oficială în SLEEP. Somn. 2002;25:120-138.

313. Davey M. Copii că merge cucui în cel/cea/cei/cele noapte. 2009;38:290-294 .

314. Grigg-Damberger M. Evaluarea copiilor care au convulsii în timpul somnului. Pediatr Ann. 2008;37:472-480.

315. Zucconi M, Ferini-Strambi L. Parasomniile NREM: Tulburări de excitare și diferențiere de epilepsia lobului frontal nocturn. Clin Neurophysiol. 2000;111:S129-S135.

316. Centrul de Puncte de Contact Derry, Duncan JS, Berkovic SF. Tulburări motorii paroxistice ale somnului: Spectrul clinic și diferențierea față de epilepsie. Epilepsia. 2006;47:1775-1791.

317. Derry CP, Harvey CA, Walker MC *și colab* . Parasomniile de excitație NREM și distincția lor de epilepsia lobului frontal nocturn: o analiză video EEG. Dormi. 2009;32:1637-1644 .

318. Provini F, Plazzi G, Tinuper P *și alții.* Epilepsie nocturnă a lobului frontal. O prezentare clinică și poligrafică a 100 de cazuri consecutive. Creier. 1999;122 (Partea a 6-a):1017-1031.

319. Derry CP, Davey M, Johns M *și colab* . Distincția dintre tulburările de somn și convulsii: diagnosticarea umflăturilor nocturne. Arch Neurol. 2006;63:705-709.

320. Frank NC, Spirito A, Stark L *și colab* . Utilizarea trezirilor programate pentru eliminarea somnambulismului infantil. J Pediatr Psychol. 1997;22:345-353.

321. Tobin JD, Jr. Tratamentul somnambulismului cu trezire anticipatorie. J Pediatr. 1993;122:426-427.

322. Durand VM. Tratarea terorilor în somn la copiii cu autism. Journal of Positive Behavior Interventions. 202;4:66-72.

323. Durand Mașină virtuală, Mindell JA. Intervenție comportamentală pentru somnul din copilărie Terori. Terapia comportamentală. 1999;30:705-715.

324. Lask B. Roman şi netoxic tratament pentru noapte terori. BMJ. 1988;297:592.

325. Hurwitz TD, Mahowald MW, Schenck CH *şi colab* . Un studiu retrospectiv al rezultatelor și o analiză a hipnozei ca tratament la adulții cu somnambulism și teroare în somn. J Nerv Ment Dis. 1991;179:228-233.

326. Reid WH, Ahmed I, Levie CA. Tratamentul somnambulismului: Un studiu controlat. Am J Psychother. 1981;35:27-37.

327. Koe GG. Tratamentul hipnotic al somnului Tulburare teroristă: un raport de caz. Am J Clin Hypn. 1989;32:36-40.

328. Howsam DG. Hipnoză în cel/cea/cei/cele tratament de insomnie, coșmaruri, şi noapte terori. Aust J Clin Exp. Hipn. 1999;27:32-39.

329. Kramer RL. Cel/Cea/Cei/Cele tratament de copilărie noapte terori prin cel/cea/cei/cele utilizare de hipnoză - Un caz studiu: O scurt comunicare. Int J Clin Exp. Hipn. 1989;37:283-284.

330. Preot DP, Mahowald MW, Rosen GM. Teroarea somnului tulburare în copii: Cel/Cea/Cei/Cele rol de autohipnoză în management. A.m J Clin Hipn. 1992;34:233-244.

331. Ronen T. Control de sine antrenament în cel/cea/cei/cele tratament de dormi teroare tulburare: O caz studiu. Copil Familie Comportament Acolo. 1993;15:53-63.

332. Clement PW. Eliminarea somnambulismului la un băiat de șapte ani. J Consult Clin Psychol. 1970;34:22-26.

333. Kellerman J. Tratamentul comportamental al terorilor nocturne la un copil cu leucemie acută. J Nerv Ment Dis. 1979;167:182-185.

334. Sadigh MR, Mierzwa JA. Tratamentul terorilor nocturne persistente cu antrenament autogen: un studiu de caz. Biofeedback Self Regul. 1995;20:205-209.

335. Popoviciu L. Corfariu O. Eficacitate şi siguranţă de midazolam în cel/cea/cei/cele tratament de terori nocturne în copii. Br J Clin Farmacol. 1983;16 Supl. 1:97S-102S.

336. Pesikoff RB, Davis PC. Tratamentul pavor nocturnus și somnambulismului la copii. Am J Psychiatry. 1971;128:778-781.

337. Comly HH. Scrisoare: De succes tratament de noapte terori.Am J Psihiatrie. 1975;132:761.

338. Ghirlandă EJ, Smith DH. Simultan prepubertal debut de panică tulburare, terori nocturne și somnambulism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991;30:553-555.

339. Owens JA, Millman RP, Spirito A. Terori în somn la o fetiță de 5 ani. Arhivă Pediatrie Adolescenți Med. 1999;153:309-312.

340. Glick BS, Schulman D. Turecki S. Tratamentul cu diazepam (Valium) în somnul infantil tulburări. O investigație preliminară. Dis Nerv Syst. 1971;32:565-566.

341. Frolich J, Ieșire O, Lehmkuhl G. Tratamentul cu succes al parasomniilor severe cu paroxetină în o 12 ani băiat. Int J Psihiatrie Clin Practică. 2001;5:215-218.

342. Cameron OG, Thyer BA. Tratament de pavor nocturnă cu alprazolam. J Psihiatrie Clinică . 1985;46:504.

343. Balon R. Tulburarea de teroare în somn și insomnia tratate cu trazodonă: raport de caz. Ann Clin Psihiatrie. 1994;6:161-163.

344. Ianuarie JE, Freeman RD, Wasdell MB *și al* . 'O copil cu severă noapte terori și somnambulism răspunde la melatonină terapie'. Dezvoltator Med Copil Neurol. 2004;46:789.

345. Bruni O, Ferri R. Miano S. *și al* . L. -5-Hidroxitriptofan tratament de dormi terori la copii. EURO J Pediatru. 2004;163:402-407.

346. Toma Vila M., Perez Gramunt MA, Beseler Soto B. *și către* . Efect al/a/ale metilfenidat despre el vis. Rezultate de o studiu multicentric în o populație copii suferă de tulburare de deficit de atenție cu hiperactivitate. Un pediatru (Barc). 2010;73:78-83.

347. Mindell JA, Owens JA. Coșmaruri. O Clinic Ghid la Pediatric Dormi: Diagnostic și Gestionarea Problemelor de Somn. Philadelphia: Lippincott Williams și Wilkins. 2010.

348. Thorpy MJ, Plazzi G. editori. Cel/Cea/Cei/Cele Parasomnii și Alte Legate de somn Tulburări de mișcare . Cambridge (REGATUL UNIT): Cambridge Universitate Presa. 2010.

349. Nielsen T, Levin R. Coșmaruri: un nou model neurocognitiv. Sleep Med Rev. 2007;11:295-310.

350. Hartmann E, Russ D, van der KB *și colab* . Un studiu preliminar al personalității persoanei care suferă de coșmaruri: Relația dintre schizofrenie și creativitate? Am J Psychiatry. 1981;138:794-797.

351. Hublin C., Kaprio J, Partinen M *și colab* . Coșmaruri: agregarea familială și asocierea cu psihiatric tulburări în o la nivel național geamăn cohortă. A.m J Med Genet. 1999;88:329-336.

352. Schredl M, Reinhard I. Diferențe de gen în frecvența coșmarurilor: o meta-analiză. Sleep Med Rev. 2011;15:115-121.

353. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Ghiduri pentru tratamentul PTSD-ului. J Stresul posttraumatic. 2000;13:539-555.

354. Dey SK. Coșmar cauzat de ciprofloxacină la pacienții tineri. Indian Pediatr. 1995;32: 918-920.

355. Glorie O, Dillier C, Gerber O. Ketamina pentru scurt ambulatoriu proceduri în copii: un audit. Pediatru Anestezie. 2001;11:533-539.

356. McGlone RG, Howes MC, Joshi M. Cel/Cea/Cei/Cele Lancaster experienţă de 2.0 la 2,5 mg/kg intramuscular ketamină pentru pediatric sedare: 501 cazuri și analiză. Urgență Med J. 2004;21:290-295.

357. Steurer LM, Luhmann J. Efecte adverse ale sedării de urgență pediatrice după externare. Asistente medicale pediatrice. 2007;33:403-7, 426.

358. Millar K, Asbury AJ, Arcaş AW *și colab.* Efectele anesteziei scurte cu sevofluran-oxid de azot asupra funcțiilor cognitive și comportamentale postoperatorii la copii. Anesthesia. 2006;61:541-547.

359. Wallerstedt SM, Brunlof G, Sundström A *și colab* . Montelukast și tulburări psihiatrice la copii. Farmacoepidemiol Drug Saf. 2009;18:858-864.

360. Pagel JF, Helfter P. Coșmaruri induse de medicamente – o analiză etiologică. Hum Psychopharmacol. 2003;18:59-67.

361. Liu X. Somnul și comportamentul suicidar la adolescenți. Somn: Jurnal de cercetare a somnului și a tulburărilor de somn. 2004;27:1351-1358.

362. Bernert RA, Joiner TE, Jr., Cukrowicz KC *și alții* . Suiciditate și tulburări de somn. Somn. 2005;28:1135-1141.

363. Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Probleme de somn, ideație suicidară și comportamente de autovătămare în adolescență. J Psychiatr Res. 2011;45:505-511.

364. Tomas Vila M, Miralles Torres A, Beseler Soto B *și alții* . Relația dintre cefalee și tulburările de somn: rezultatele unui studiu epidemiologic efectuat pe o populație școlară. Rev Neuro. 2009;48:412-417.

365. Hvolby LA, Jorgensen J, Bilenberg N. Evaluarea somnului de către părinți la copiii cu tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2009;18:429-438.

366. Mehl RC, O'Brien LM, Jones JH *și colab* . Corelațiile dintre somn și tulburarea bipolară pediatrică. Sleep. 2006;29:193-197.

367. Iriarte J, Urrestarazu E, Alegre M *și colab* . Parasomnii: episoade anormale în timpul somnului. Rev Med Univ Navarra. 2005;49:39-45.

368. Kotagal S. Parasomnii în copilărie. Dormi Med Rev. 2009;13:157-168 .

369. Jurado Luque MJ, Lluch Rosello MA. Parasomnii și tulburări de mișcare. Pediatr Integral. 2010;XIV:711-719.

370. Leung AK, Robson WL. Coșmaruri. J Național Med Asociat 1993;85:233-235 .

371. Sheldon SH. Parasomnii în copilărie. Pediatru Clin Nord A.m. 2004;51:69-88 .

372. Miró Morales E., Martínez Narváez P. Tratamente psihologice pentru coșmaruri: o recenzie. Intern la zi Psihologie Psiholog Acolo. 2004;4:11-36.

373. Mască S. Dormi tulburări. Simplu tratament pentru noapte terori. BMJ. 1993;306:1477.

374. Linden JH, Bhardwaj A, Anbar RD. Visarea amplificată hipnotic pentru a obține reducerea simptomelor: un studiu de caz pe 11 copii și adolescenți. Am J Clin Hypn. 2006;48:279-289.

375. Mindell JA, Owens JA. Mișcări ritmice legate de somn: lovituri cu capul, legănat cu corpul și rostogolire a capului. Ghid clinic pentru somnul pediatric: Diagnosticul și gestionarea problemelor de somn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003.

376. Dyken ME, Rodnitzky RL. Periodic, aperiodic, și tulburări motorii ritmice ale somnului. Neurologie. 1992;42:68-74.

377. Pin Arboledas G. Parasomnias en la infancia. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones. 2004.

378. Kavey NB, Jewitch DE, Blomingdale E *și colab* . Jactatio capitis nocturna: un studiu longitudinal al unui băiat cu istorie familială. Rezistență la somn 1981;10:208.

379. Laberge L. Tremblay RE, Vitaro F *și colab.* Dezvoltarea parasomniilor din copilărie până la începutul adolescenței. Pediatrics. 2000;106:67-74.

380. De Lissovoy V. Loviturile cu capul în copilăria timpurie: o cauză sugerată. J Genet Psychol. 1963;102:109-114.

381. Bramble D. Două cazuri de parasomnii severe cu lovituri la cap la bărbați peripubertali, cauzate de otită medie în copilărie. Child Care Health Dev. 1995;21:247-253.

382. Simonds JF, Parraga H. Evaluarea comportamentelor și tulburărilor de somn la copii și adolescenți la psihiatric clinici. J Dezvoltator Comportament Pediatru. 1984;5:6-10.

383. Lombardi C. Provini F, Vetrugno R *și colab* . Mișcări pelvine ca manifestare motorie ritmică asociată cu sindromul picioarelor neliniștite. Mov Disord. 2003;18:110-113.

384. Sallustro F, Atwell CW. Legănatul corpului, lovirea capului și rostogolirea capului la copiii normali. J Pediatr. 1978;93:704-708.

385. Kravitz H, Rosenthal V, Teplltz Z *și colab.* Un studiu privind loviturile cu capul la sugari și copii. Dis Nerv Syst. 1960;21:203-208.

386. Dyken ME, Lin-Dyken DC, Yamada T. Diagnosticarea tulburării de mișcare ritmică cu video-polisomnografie. Pediatr Neurol. 1997;16:37-41.

387. Strauss CC, Rubinoff A. Atkeson BM. Eliminarea loviturilor nocturne cu capul la o fetiță normală de șapte ani folosind supracorecție plus recompense. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1983;14:269-273.

388. Balaschak BA, Mostofsky DI. Tratamentul loviturilor nocturne cu capul prin contractare comportamentală. J Comportament Acolo Exp. Psihiatrie. 1980;11:117-120.

389. Golding K. Loviturile nocturne ale capului ca obicei de a se stabiliza: Tratamentul comportamental al unui băiat de 4 ani. Psihiatrie Clinică a Copilului. 1998;3:25-30.

390. Linscheid TR, Copeland AP, Jacobstein DM *și colab* . Tratament de supracorecție pentru noapte auto-vătămător comportament în două normal copii. J Pediatru Psiholog. 1981;6:29-35.

391. Martin RD, Conway JB. Aversiv stimulare la elimina sugar nocturn legănând. J Behav Acolo Exp. Psihiatrie. 1976;7:200-201.

392. Ross RR. Tratament de nocturn lovituri cu capul de comportament modificare tehnici: o caz raport. Comportament Rez. Acolo. 1971;9:151-154.

393. Etzioni T, Katz N. Hering E *și colab* . Restricție controlată a somnului pentru tulburarea de mișcare ritmică. 2005;147:393-395.

394. Janković SM, Sokić DV, Voivodic NM *și al* . Multiplu ritmic circulație tulburări la un adolescent cu răspuns excelent la clonazepam. Mov Disord. 2008;23:767-768.

395. Su C, Miao J, Liu Y *și colab* . Forme multiple de mișcări ritmice la un adolescent cu tulburare de mișcare ritmică. Clin Neurol Neurosurg. 2009;111:896-899.

396. Manni R, Terzaghi M. Mișcări ritmice în timpul somnului: un profil fiziologic și patologic. Știința neurologică. 2005;26 Supl. 3:s181-s185.

397. Manni R. Terzaghi M, Sartori I *și colab.* Tulburare de mișcare ritmică și pattern ciclic alternant în timpul somnului: un studiu video-polisomnografic la un băiat de 9 ani. Mov Disord. 2004;19:1186-1190.

398. Hashizume Y, Yoshijima H, Uchimura N *și colab* . Caz de lovire cu capul care a continuat până în adolescență. Psychiatry Clin Neurosci. 2002;56:255-256.

399. Manni R. Tartara O. Clonazepam tratament de ritmic circulaţie tulburări. Somn. 1997;20:812.

400. Kaneda R, Furuta H, Kazuto K *și colab* . Un caz neobișnuit de tulburare de mișcare ritmică. Psychiatry Clin Neurosci. 2000;54:348-349.

401. Drake EU, Jr. Lăuda nocturn după cap vătămare. Neurologie. 1986;36:867-868 .

402. Walsh JK, Kramer M. Skinner JE. Un raport de caz de aruncare a capului nocturnă. Am J Psihiatrie. 1981;138:524-526.

403. Pin Arboledas G, Merino Andreu M, Ugarte Líbano R. Patologia somnului. Hipersomnia la copii: există? AEPap, ed. Curs de actualizare în pediatrie. Madrid: Exlibris Ediciones; pp. 59-85. 2008.

404. Drake C. Nichel C, Burduvali E *și colab.* Scala de somnolență diurnă pediatrică (PDSS): obiceiuri de somn și rezultate școlare la copiii de gimnaziu. Dormi. 2003;26:455-458.

405. Johns MW. O nouă metodă de măsurare a somnolenței diurne: scala de somnolență Epworth. Sleep. 1991;14:540-545.

406. Spilsbury JC, Drotar D, Rosen CL *și colab* . Chestionarul privind somnolența adolescenților din Cleveland: o nouă măsură pentru evaluarea somnolenței excesive în timpul zilei la adolescenți. J Clin Sleep Med. 2007;3:603-612.

407. Nishino S, Ripley B., Overeem S *și colab.* Deficiența de hipocretină (orexină) în narcolepsia umană. Lancet. 2000;355:39-40.

408. Arii J, Kanbayashi T, Tanabe Y *și colab* . Nivelurile de hipocretină-1 (orexină-A) din LCR în narcolepsia și tulburările neurologice din copilărie. Neurology. 2004;63:2440-2442.

409. Dauvilliers Y, Montplaisir J, Cochen V et al. narcolepsie-cataplexie post-H1N1. Dormi. 2010;33:1428-1430.

410. Han F, Lin L. Warby SC și al. Narcolepsie debut este sezonier şi crescut următorul pandemia de H1N1 din 2009 din China. Ann Neurol. 2011;70:410-417.

411. Kornum BR, Faraco J, Mignot E. Narcolepsie cu deficit de hipocretină/orexină infecții și autoimunitate a creierului. Curr Opin Neurobiol. 2011.

412. Hallmayer J, Faraco J, Lin L. şi al. Narcolepsie este puternic asociat cu cel/cea/cei/cele Receptor al celulelor T alfa loc. Nat Genet. 2009;41:708-711.

413. Thannickal TC, Moore RY, Nienhuis R și al. Redus număr de hipocretină neuronii în narcolepsia umană. Neuron. 2000;27:469-474.

414. Merino-Andreu M, Martinez-Bermejo A. [Narcolepsia cu și fără cataplexie: o boală invalidantă mai puțin frecventă și nerecunoscută]. Un pediatru (Barc). 2009;71:524-534.

415. Serra L. Montagna P, Mignot E și colab. Cataplexia se manifestă în narcolepsia infantilă. Mov Disord. 2008;23:858-865.

416. Dorris L. Zuberi SM, Scott N și colab. Funcționarea psihosocială și intelectuală în copilărie narcolepsie. Dezvoltare neuroreabilitare 11(3):187-94. 2008.

417. Dahl RE, Holttum J, Trubnick L. O imagine clinică a narcolepsiei la copii și adolescenți. J A.m Acad Copil Adolescenți Psihiatrie. 1994;33:834-841.

418. Vandeputte M, de Weerd A. Tulburări de somn și sentimente depresive: un studiu global cu ajutorul scalei Beck pentru depresie. Sleep Med. 2003;4:343-345.

419. Magazinele G, Montgomery P, Wiggs L. Problemele psihosociale ale copiilor cu narcolepsie și ale celor cu somnolență excesivă în timpul zilei de origine incertă. Pediatrie. 2006;118:e1116-e1123.

420. Plazzi G, Parmeggiani O, Mignot E și colab. Narcolepsie-cataplexie asociată cu pubertate precoce. Neurologie. 2006;66:1577-1579.

421. Hood BM, Harbord MG. Narcolepsia pediatrică: complexitatea diagnosticului. J Paediatr Child Health. 2002;38:618-621.

422. Palmier L. Persson E, Elmqvist D. și al. Dormi şi veghe în normal copii preadolescenți . Somn. 1989;12:299-308.

423. Kanbayashi T, Yano T, Ishiguro H și colab. Nivelurile de hipocretină-1 (orexină-A) în zona lombară umană LCR în diferit vârstă grupuri: sugari la vârstnici persoane. Dormi. 2002;25:337-339.

424. Hor H, Kutalik Z, Dauvilliers Y și colab. Studiul de asociere la nivelul întregului genom identifică noi haplotipuri HLA clasa II cu un efect protector puternic împotriva narcolepsiei. Nat Genet. 2010;42:786-789.

425. Tse L. Hall W. Un studiu calitativ al percepțiilor părinților asupra unei intervenții comportamentale în somn . Copil Îngrijire Sănătate Dezvoltator 2008;34:162-172.

426. Mindell JA. Tratamente susținute empiric în psihologia pediatrică: refuzul de a merge la culcare și trezirile nocturne la copiii mici. J Pediatr Psychol. 1999;24:465-481.

427. Owens JA, Palermo TM, Rosen CL. Prezentare generală de actual management de dormi tulburări la copii: II -- intervenții comportamentale. Actual Cercetare terapeutică. 2002;63:B38-B52.

428. Hoban TF, Chervin RD. Dormi Tulburări în Tineri Copii: Impact pe Social/Emoțional Dezvoltare şi Opțiuni pentru Tratament. Comentariu pe Franţa, Wiggs și Owens. În : Tremblay RE, Barr RG, Petrers RDeV, eds.Enciclopedie pe Devreme Copilărie Dezvoltare [online]. Montreal, Quebec: Centru de Excelență pentru Devreme Dezvoltarea Copilăriei , 2004[accesat 16-2-2011]; Disponibil la:http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Hoban-ChervinANGxp.pdf .

429. Sabaté, ŞI. Aderență la cel/cea/cei/cele tratamente la lung termen: Dovezi pentru cel/cea/cei/cele acţiune. [monografie] în [Internet]. Organizare Lume de cel/cea/cei/cele Sănătate/OMS, 2004; (traducere de la OPS), 2009 [accesat la 17-7-2009]; Disponibil în: http://amro.who.int/spaniolă/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm

430. Loomis AL, Harvey N. Hobart, Georgia. Starea cerebrală în timpul somnului, așa cum a fost studiat de creierul uman potențiale. Jurnal de experimental psihologie. 1937;21:127-144.

MINISTER
DE ȘTIINȚĂ
E. INOVAȚIE

MINISTER
DE SĂNĂTATE, POLITICĂ
SOCIAL ȘI EGALITATE